



АНАЛІТИЧНИЙ ЗВІТ

«Громадська та експертна думка про доступність і якість послуг у сфері охорони здоров'я»

*Підготовлено у рамках проекту «Партисипативна демократія та
обґрунтовані рішення на місцевому рівні в Україні»*

Авторський колектив:

Демченко Ірина, канд. екон. наук

Булига Наталія, канд. соц. наук

Гольцас Лариса

Фенчак Анна

Київ – 2016

ЗМІСТ

Список скорочень	3
1. Методологія дослідження.....	4
2. Соціально-демографічний портрет респондентів	8
2.1. Пацієнти комунальних закладів охорони здоров'я	8
2.2. Експерти	9
2.3. Ставлення пацієнтів до власного здоров'я та поширеність шкідливих звичок	9
3. Рівень задоволеності послугами, що надаються сімейними лікарями та терапевтами у поліклініках за місцем проживання	15
4. Рівень задоволеності респондентів стаціонарним лікуванням	32
5. Оцінка респондентами допомоги, яка надається у державних (комунальних) медичних закладах.....	44
6. Активність пацієнтів щодо захисту власних прав.....	49
7. Думки експертів щодо невідкладних заходів у сфері охорони здоров'я на місцевому рівні	51
Висновки	54

СПИСОК СКОРОЧЕНЬ

ГО – громадська організація

ЕКГ – електрокардіографія

ЗОЗ – заклад охорони здоров'я

ЗП-СМ – загальна практика – сімейна медицина

КТ – комп'ютерна томографія

МРТ – магнітно-резонансна томографія

ОЗ – охорона здоров'я

УЗД – ультразвукове дослідження

УОЗ – Управління охорони здоров'я

УСЗН – Управління соціального захисту населення

Центри ПМСД – Центри первинної медико-санітарної допомоги

1. МЕТОДОЛОГІЯ ДОСЛІДЖЕННЯ

Передумови дослідження

Організація охорони здоров'я в сучасному світі розглядається як складова політики і передумова сталого розвитку суспільства. Право на охорону здоров'я закріплено конституційно. Сучасні тенденції, які визначають пріоритети державної політики у сфері охорони здоров'я, обумовлені цілями соціально-економічного розвитку країни: сталість економічного зростання, поліпшення добробуту населення, посилення людського потенціалу, підвищення якості медичних послуг і на фоні цього подолання демографічної кризи. Це посилює значущість політики в галузі, зумовлює необхідність розбудови та вдосконалення вітчизняної моделі охорони здоров'я, актуалізує потребу дослідження цієї сфери.

Отже, на даному етапі виникає потреба у проведенні загального ситуаційного аналізу, оцінки поточних і перспективних ризиків, з метою покращення якості та доступності послуг у сфері охорони здоров'я на місцевому рівні.

З метою оцінки поточної ситуації у сфері охорони здоров'я протягом червня-липня 2016 року ГО «Аналітичний центр «Соціоконсалтинг» було проведено соціологічне дослідження на замовлення ВАОМС «Асоціація міст України» в рамках Проекту «Партисипативна демократія та обґрунтовані рішення на місцевому рівні в Україні», що реалізується Асоціацією міст України спільно з Норвезьким інститутом міських і регіональних досліджень, за фінансової підтримки МЗС Норвегії.

Мета: визначити ефективність функціонування місцевого самоврядування через співставлення громадської та експертної думок про якість надання послуг в сфері охорони здоров'я у пілотних містах проекту.

Для досягнення поставленої мети були вирішені наступні дослідницькі **завдання:**

1. Проаналізовано соціально-демографічні характеристики респондентів: пацієнтів комунальних закладів охорони здоров'я та експертів.
2. Визначено рівень задоволеності респондентів послугами, що надаються амбулаторіями загальної практики-сімейної медицини та поліклініками за місцем проживання.
3. Визначено рівень задоволеності респондентів стаціонарним лікуванням.
4. Оцінено допомогу, що надається у державних (комунальних) медичних закладах.
5. Досліджено активність пацієнтів щодо захисту власних прав.
6. Проаналізовано думки експертів щодо невідкладних заходів у сфері охорони здоров'я на місцевому рівні.

Дизайн дослідження

Соціологічне кількісне дослідження спрямоване на вивчення думки одержувачів послуг (пацієнтів комунальних закладів охорони здоров'я) та експертів (представників органів місцевого самоврядування, місцевих адміністрацій, керівників і спеціалістів медичних закладів) із подальшим аналізом даних із застосуванням методики бенчмаркінгу, а саме: порівняння ключових показників щодо якості послуг, розрахованих за даними громадської та експертної думок.

Період збору даних: 04 – 20 липня 2016 р.

Опитування пацієнтів

Метод опитування – особисті структуровані інтерв'ю у форматі «віч-на-віч».

Особливістю дослідження було те, що його географія визначена Проектом, в рамках якого реалізується дане дослідження. Таким чином у вибірку було включено 9 міст, які є учасниками Проекту (табл.1).

Вибірка цілеспрямована, представницька для дорослого населення 9 проектних міст, квотна (за статтю та віком).

Обсяг вибірки – 900 респондентів. Похибка репрезентативності +/- 2,00–3,33%.

Обсяг вибірки для кожного із міст – 100 респондентів. Похибка репрезентативності на рівні міст: +/-6–10%.

Критерій відбору респондентів: отримання медичної допомоги у комунальних/державних медичних закладах міста протягом останніх 12 місяців.

Рекрут респондентів здійснювався, в основному, за двома напрямками:

1. Опитування пацієнтів під закладами охорони здоров'я (здебільшого під поліклініками).

2. Опитування респондентів за маршрутом.

Таблиця 1

Реалізація вибірки

Місто	К-сть опитаних пацієнтів	К-сть опитаних експертів
Вінниця	100	10
Вознесенськ	100	10
Івано-Франківськ	100	10
Кривий Ріг	100	10
Луцьк	100	10
Первомайськ	100	10
Рівне	100	10
Хмельницький	100	10
Черкаси	100	10
ВСЬОГО	900	90

Опитування експертів

У якості експертів у даному дослідженні виступали:

- профільні заступники міських голів;
- керівники/заступники департаментів/управлінь охорони здоров'я виконавчих комітетів міських рад;
- спеціалісти департаментів/управлінь охорони здоров'я виконавчих комітетів міських рад;
- завідувачі закладів/головні лікарі/заступники головних лікарів.

Метод опитування – особисті структуровані інтерв'ю у форматі «віч-на-віч» за місцем роботи/перебування експертів.

Вибірка представницька, квотна. Координатори кожного проектного міста готували списки експертів, за якими було проведено опитування.

Загальний обсяг вибірки – 90 респондентів.

Обсяг вибірки для кожного міста – 10 експертів (табл. 1).

Обмеження дослідження

1. Оскільки згідно протоколу дослідження, в ході опитування населення не були передбачені квоти за такою ознакою як досвід звернення до різних типів медичних закладів (сімейної амбулаторії, поліклініки або стаціонару), то наповнюваність груп (частка пацієнтів кожного із типів медзакладів) в різних містах є різною, подеколи незначною. Виходячи з цього результати опитування пацієнтів стосовно оцінки діяльності медзакладів слід використовувати із застереженням; ці дані не можуть застосовуватися для планування політики та програм розвитку, а лише слугувати орієнтирами для окреслення загальних проблем у сфері функціонування державних/комунальних закладів охорони здоров'я.

2. Період проведення дослідження припав на момент формування Центрів ПМСД. В деяких проектних містах процес створення мережі сімейних амбулаторій лише починається. В багатьох містах амбулаторії ЗП-СМ функціонують на базі поліклінік, тому пацієнти не завжди чітко усвідомлюють, в якому медзакладі працює лікар, до якого вони зверталися. Це могло позначитися на наповнюваності групи пацієнтів сімейних амбулаторій, а також на оцінці послуг, що надаються терапевтами в поліклініках за місцем проживання та сімейними лікарями.

Етичні засади дослідження

Збір, зберігання та аналіз емпіричних даних дослідження базується на дотриманні етичних стандартів і захисті права учасників дослідження на добровільність, анонімність та конфіденційність. Зокрема анкета не містить жодних персональних даних, які дозволяли б ідентифікувати особу респондента, а документація, що містить контактну інформацію, зберігається окремо від анкет. Перед початком дослідження всі потенційні респонденти були поінформовані про мету та завдання дослідження, особливості його перебігу, а також про гарантії анонімності та конфіденційності, їхнє право на добровільну участь у дослідженні та на її припинення у будь-який момент. З цією ж метою всі співробітники, залучені до реалізації проекту, зокрема всі інтерв'юери, підписали угоду про дотримання конфіденційності, згідно якої вони зобов'язуються не розголошувати та іншим чином не передавати стороннім особам будь-які відомості про респондентів, які стануть їм відомими в ході виконання своїх професійних обов'язків.

Підходи до аналізу соціологічних даних

Для введення та статистичного аналізу структурованих інтерв'ю було використано програму SPSS. «Відкриті» запитання анкети кодувалися на основі заздалегідь підготовленого кодувального списку. Після введення даних у ПК і створення масиву даних у SPSS програміст проводив низку процедур для виявлення технічних помилок при введенні анкет (наприклад, перевірка логічності відповідей залежно від соціально-демографічних характеристик, правильність переходів, тощо), сформував залежно від потреб аналізу нові інтервальні та інтегральні змінні.

Аналіз соціологічних даних здійснювався у програмі SPSS. Дані аналізувалися як розподіли відповідей респондентів у вигляді одновимірних, двовимірних таблиць,

середніх значень, інтегральних показників з визначенням наявності статистично значимих розбіжностей зокрема на основі тестів χ^2 -квадрат та t-критерію Стьюдента. Для визначення наявності статистично значимих розбіжностей середніх значень оцінок між містами за основу було взято середнє значення за масивом загалом.

Одновимірні таблиці представляють собою певний відсоток відповідей опитаних на поставлене в анкеті запитання. Двовимірний розподіл представляє відсоток відповідей респондентів на поставлене запитання в залежності від того чи іншого критерію, що характеризує опитаного, наприклад, статі, віку, міста, в якому він проживав тощо.

Середні бали для визначення рівнів задоволеності розраховувалися за 5-бальними порядковими шкалами, де 1 бал означає максимально негативну оцінку («повністю незадоволені»), а 5 балів – максимально позитивну оцінку («повністю задоволені»). Середні бали розраховувалися як середнє арифметичне відповідей респондентів. Таким чином збільшення середнього балу свідчатиме про зростання рівня задоволеності пацієнтів отриманими послугами.

2. СОЦІАЛЬНО-ДЕМОГРАФІЧНИЙ ПОРТРЕТ РЕСПОНДЕНТІВ

2.1. Пацієнти комунальних закладів охорони здоров'я

Серед опитаних представлені жінки та чоловіки різного віку, рівня освіти та матеріального достатку. Статевий розподіл опитаних відповідає розподілу дорослого населення України за офіційними оцінками Державної служби статистики¹. Як за статистичними даними, так і за результатами опитування, у вибірці переважають жінки (55%), а чоловіки складають 45%. Таким чином отримана вибірка відповідає статистичним даним і реально відображає розподіл населення за статевими групами у досліджуваних містах.

Серед опитаних представлені респонденти всіх вікових категорій. Найбільш наповненою віковою групою (36%) є молодь. Середній вік опитаних – 45 років, при цьому значимі відмінності між містами відсутні (рис. 2.1.1).

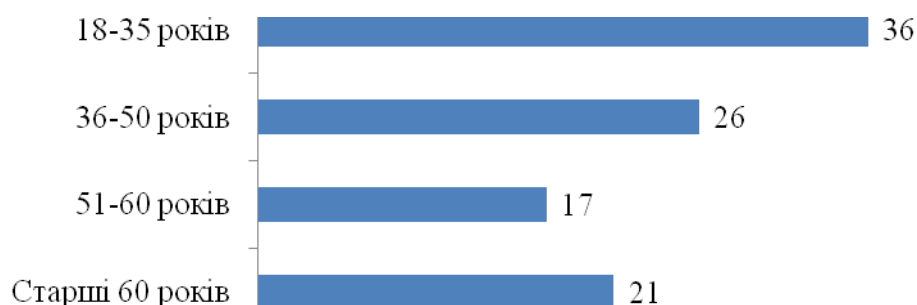


Рис. 2.1.1. Розподіл опитаних за віковими групами, % усіх пацієнтів (n=900)

*Сума дорівнює 100%

Опитані мають високий освітньо-кваліфікаційний рівень. За результатами опитування, майже половина (46%) мають незакінчену вищу або вищу освіту, третина (35%) – середню спеціальну, а кожний п'ятий здобув повну середню освіту і лише 1% опитаних мають неповну середню. Значимо більше опитаних, які здобули середню спеціальну освіту у м. Луцьк (50%) та Кривий Ріг (52%).

Самооцінка матеріального становища респондентів демонструє, що кожний другий опитаний (53%) вважає свій матеріальний достаток середнім, 41% опитаних зазначили, що їхній матеріальний стан знаходиться на низькому рівні («низький» – 16% та «нижче середнього» – 25%), і лише деякі респонденти зазначили про високий (4 респ.) або вище середнього (4%) матеріальний стан. Значимо більше опитаних (67%), які оцінили рівень свого матеріального становища як «низький» (22%) або «нижче середнього» (45%), проживають у місті Луцьк, дещо менше таких (54%) у м. Вінниця («низький» – 29%, а «нижче середнього» – 25%).

Отже, реалізована вибірка відтворює генеральну сукупність – доросле населення 9 міст України за основними соціально-демографічними характеристиками.

¹ Дані Державної служби статистики станом на 1 січня 2016 року. <http://www.ukrstat.gov.ua>

2.2. Експерти

Більше половини опитаних експертів (51%) старші 50 років (рис. 2.2.1).

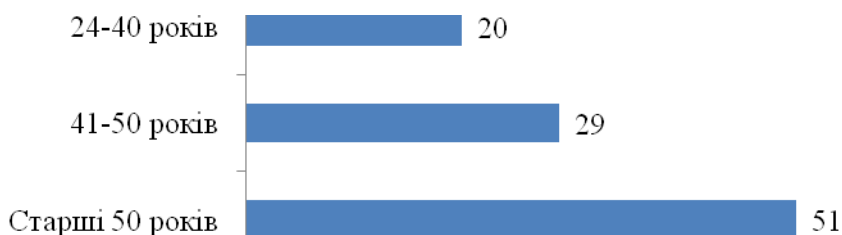


Рис. 2.2.1. Розподіл опитаних експертів за віковими групами, % усіх експертів (n=90)
*Сума дорівнює 100%

Більшість експертів (58%) є спеціалістами, які безпосередньо надають медичні послуги: завідувачі закладів/головні лікарі/заступники головних лікарів (55%), завідувачі різними відділеннями (10 респ.), сімейні лікарі (8 респ.), медсестри (4 респ.) та лікарі вузьких спеціальностей (2 респ.).

До вибірки кожного з міст також увійшли керівники/заступники відповідних управлінь. Незначну частину опитаних (4%) складають заступники міських голів. Також у вибірці представлені завідувачі інформаційно-аналітичними відділами при УОЗ (2 респ.), завідувачий сектором з питань ОЗ УСЗН (1 респ.), секретар комітету охорони здоров'я громадської ради при міському виконавчому комітеті (1 респ.). 17% експертів є представниками департаментів / управлінь охорони здоров'я МДА, з них:

- керівники/заступники – 9%;
- спеціалісти – 8%.

Отже, отримана вибіркова сукупність дозволила отримати інформацію від керівників та спеціалістів відповідних установ та закладів про надання медичних послуг мешканцям 9 міст України.

2.3. Ставлення пацієнтів до власного здоров'я та поширеність шкідливих звичок

Оцінюючи стан здоров'я (рис. 2.3.1), опитані схиляються до скоріше високих оцінок власного самопочуття (2,8 балів, де 1 – дуже добре, 5 – дуже погано). Більш позитивно оцінюють своє самопочуття опитані з м. Луцьк (2,6 балів), а менш позитивно відгукуються про здоров'я мешканці м. Первомайськ (3,1 балів) та Вознесенськ (3,0 балів). Самооцінка стану здоров'я опитаних свідчить, що майже половина (48%) оцінює своє здоров'я як «середнє» (табл. 2.3.1), третина (32%) зазначила, що мають хороший стан здоров'я (28% – здебільшого добре та 4% – дуже добре), а кожний п'ятий має погане самопочуття (16% – «скоріше погано», 2% – «дуже погано»), решті (2%) було складно відповісти на це запитання. Серед жінок спостерігається нижча оцінка власного здоров'я (3,0 балів), ніж у чоловіків (2,7 балів).

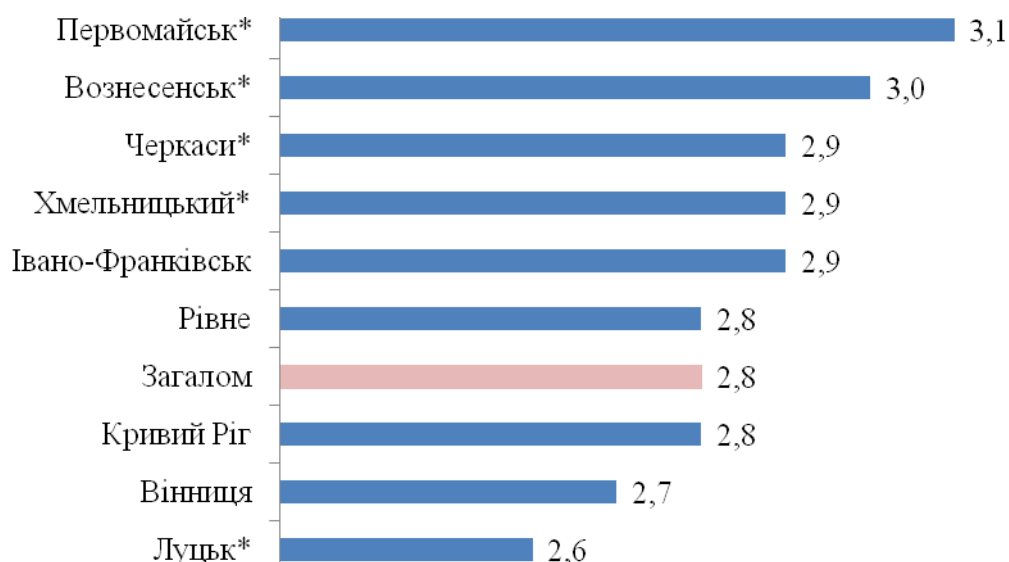


Рис. 2.3.1. Самооцінка стану здоров'я, середні значення**

* Відмінності значимі між містом та середнім значенням за масивом загалом

**Оцінка розрахована в програмі SPSS шляхом зважування відповідей респондентів за 5-бальною шкалою, де 1 – дуже добре, а 5 – дуже погано (тобто зростання середнього балу свідчить про більш погане самопочуття). При цьому варіант відповіді «важко відповісти» був виключений з аналізу.

Таблиця 2.3.1

Самооцінка стану здоров'я за містами, % усіх пацієнтів (n=900)

	Загалом	Вінниця	Вознесенськ	Івано-Франківськ	Кривий Ріг	Луцьк	Первомайськ	Рівне	Хмельницький	Черкаси
Дуже добре	4	4	2	5	6	9	2	4	2	0
Здебільшого добре	28	43	23	27	32	37	16	30	26	23
Середнє	48	34	52	43	43	42	55	51	52	60
Скоріше, погане	16	18	18	23	12	9	22	13	15	13
Дуже погане	2	1	2	2	6	2	3	1	1	2
Важко відповісти	2	0	3	0	1	1	2	1	4	2
Середнє значення**	2,8	2,7	3,0	2,9	2,8	2,6	3,1	2,8	2,9	2,9

*По кожному стовпцю сума дорівнює 100%

**Оцінка розрахована в програмі SPSS шляхом зважування відповідей респондентів за 5-бальною шкалою, де 1 – дуже добре, а 5 – дуже погано (тобто зростання середнього балу свідчить про більш погане самопочуття). При цьому варіант відповіді «важко відповісти» був виключений з аналізу.

Значна частина респондентів вважають, що з відповідальністю ставляться до питань, що стосуються їхнього здоров'я (60% – «здебільшого відповідально», 21% – «дуже відповідально»), 17% вважають себе безвідповідальними стосовно власного самопочуття (13% – «здебільшого відповідально» і 4% – «безвідповідально»), решта (2%) вагалися з відповіддю на це запитання (рис. 2.3.2). Найбільш відповідально до свого здоров'я ставляться у м. Вінниця (89%), Луцьк (88%), Кривий Ріг та Черкаси (по 85%).



Рис. 2.3.2. Самооцінка відповідальності ставлення до здоров'я мешканцями міст, % усіх пацієнтів (n=900)

*Сума дорівнює 100%

Натомість, більшість експертів вважають, що дорослі жителі досліджуваних міст безвідповідально ставляться до власного здоров'я (62% – «здебільшого безвідповідально» та 6% – «безвідповідально»). Лише третина вважає, що їхнє ставлення є відповідальним (30% – «здебільшого відповідально» і лише 1 експерт – «дуже відповідально»), один з експертів вагався з відповіддю на це запитання (рис. 2.3.3). Спостерігаються значимі розбіжності у відповідях опитаних мешканців та експертів в досліджуваних містах: респонденти схильні більш позитивно себе оцінювати, ніж експерти оцінюють їх зі сторони.

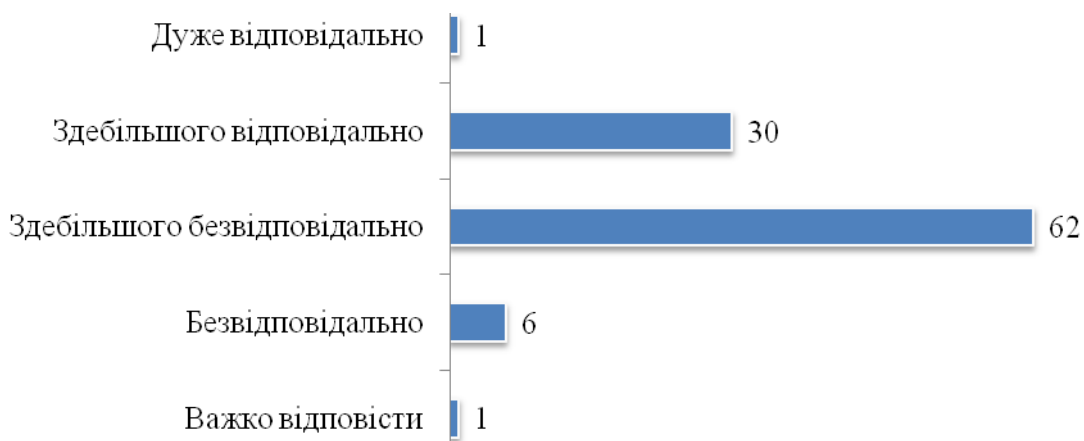


Рис. 2.3.3. Оцінка експертами відповідальності ставлення до свого здоров'я мешканцями міст, % усіх експертів (n=90)

*Сума дорівнює 100%

Незважаючи на те, що більшість опитаних стверджують, що відповідально ставляться до власного здоров'я, 68% зізнаються, що хоча б інколи практикують самолікування, 62% – принаймні інколи звертаються до лікарів із явними

симптомами хвороб, а 45% – принаймні інколи ігнорують рекомендації, отримані у лікувальних закладах стосовно схем і умов лікування.

- Самолікуванням найчастіше займаються опитані з мм. Вознесенськ (2,9 балів), Івано-Франківськ та Хмельницький (по 2,6 балів).
- Значимо частіше звертаються до лікарів у мм. Вінниця, Первомайськ та Черкаси (по 2,3 балів).
- У м. Хмельницький значимо частіше (2,8 балів) зволікають зі зверненням до лікарів із явними симптомами хвороби, а у м. Вінниця опитані менше (1,6 балів) зволікають з питаннями, які стосуються їхнього здоров'я.
- У м. Хмельницький значимо частіше (2,3 балів) опитані ігнорують рекомендації, які вони отримали у лікувальних закладах стосовно схем та умов власного лікування, тоді як пацієнти Вінниці більше (1,2 балів) прислуховуються до отриманих рекомендацій.

Більшість опитаних пацієнтів (54%) зізнаються, що практикують малорухомий спосіб життя, а близько третини – мають шкідливі звички (34% принаймні інколи зловживають алкоголем, а 26% – палять) (рис. 2.3.4). Поширеність зловживання алкоголем респонденти в середньому оцінили на 1,5 балів, а тютюнопаління – на 1,7 балів (де 1 – зовсім не поширене, а 5 – дуже поширене).

- Більш поширене зловживання алкоголем у мм. Кривий Ріг (1,8 балів) та Хмельницький (1,7 балів), а найменш поширене – в мм. Вінниця (1,1 балів) та Вознесенськ (1,2 балів).
- Тютюнопаління більш поширено у мм. Хмельницький та Вінниця (по 1,9 балів), тоді як майже не палять опитані у м. Івано-Франківськ (1,4 балів).
- Малорухомий спосіб життя більш характерний для мешканців мм. Кривий Ріг (2,5 балів) та Рівне (2,4 балів), і менш характерний – для мешканців м. Луцьк (1,6 балів).



*Рис. 2.3.4. Поширеність поведінкових практик серед мешканців міст, середні значення**

*Оцінка розрахована в програмі SPSS шляхом зважування відповідей респондентів за 5-бальною шкалою, де 1 – зовсім не практикую, а 5 – дуже часто практикую (тобто зростання середнього балу свідчить про більшу частоту практик). При цьому варіант відповіді «важко відповісти» був виключений з аналізу.

Запитання щодо поширеності шкідливих звичок можна відносити до типу сенситивних. Вони спрямовані на отримання відомостей, які люди зазвичай вважають за краще приховувати, тому відповіді на них можуть бути дещо прикрашеними для демонстрації себе з кращої сторони. Зважаючи на це, оцінки експертів щодо поширення тих чи інших поведінкових практик серед опитаних є більш об'єктивними. На думку експертів, серед мешканців досліджуваних міст найбільш поширеними є практики тютюнопаління (3,8 балів) та самолікування (3,7 балів, де 1 – зовсім не поширено, 5 – дуже поширено), а найменш поширеним є ігнорування рекомендацій лікарів (2,8 балів) (рис. 2.3.5).



*Рис. 2.3.5. Поширеність поведінкових практик серед мешканців міст за оцінками експертів, середні значення**

*Оцінка розрахована в програмі SPSS шляхом зважування відповідей респондентів за 5-бальною шкалою, де 1 – зовсім не поширено, а 5 – дуже поширено (тобто зростання середнього балу свідчить про більшу поширеність). При цьому варіант відповіді «важко відповісти» був виключений з аналізу.

Загалом опитані, які стверджують, що здебільшого відповідально ставляться до власного здоров'я, слідкують за власним самопочуттям (рис. 2.3.6): майже не зловживають алкоголем (1,4 балів) та не палять (1,6 балів), а також намагаються не ігнорувати рекомендації лікарів стосовно схем та умов свого лікування (1,7 балів). Інколи вони зволікають із зверненням до лікарів із явними симптомами хвороби та практикують малорухомий спосіб життя (по 2,1 балів), а самолікування є практикою, яка найбільш часто трапляється серед відповідальних опитаних (2,3 балів).

Опитані, які зізналися, що здебільшого безвідповідально ставляться до власного здоров'я, також стверджують, що намагаються не зловживати алкоголем (1,6 балів) та тютюнопалінням (2,2 балів), натомість іноді практикують низьку фізичну активність (2,3 балів) та ігнорування рекомендацій лікарів (2,7 балів). Найбільш поширеною практикою серед пацієнтів, що безвідповідально ставляться до власного здоров'я, є самолікування (3,1 балів) та зволікання із зверненням до лікарів із симптомами хвороби (3,3 балів).

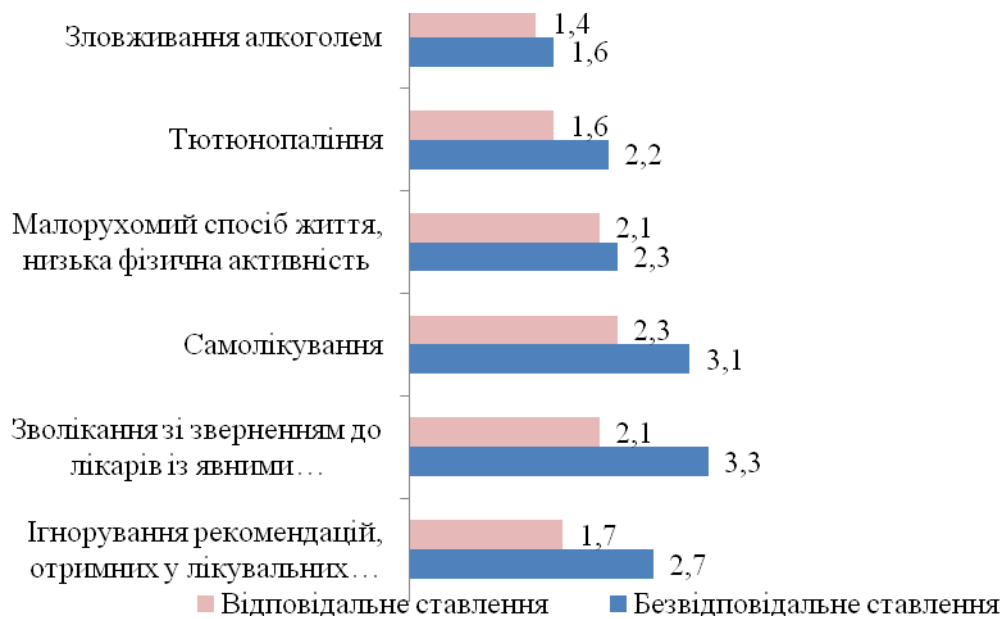


Рис. 2.3.6. Поширеність поведінкових практик серед опитаних, які відповідально/безвідповідально ставляться до власного здоров'я, середні значення*

*Оцінка розрахована в програмі SPSS шляхом зважування відповідей респондентів за 5-бальною шкалою, де 1 – зовсім не практикую, а 5 – дуже часто практикую (тобто зростання середнього балу свідчить про високу частоту практик). При цьому варіант відповіді «важко відповісти» був виключений з аналізу.

Отже, в цілому опитані з відповідальністю ставляться до власного здоров'я, майже не практикують шкідливі звички та за необхідністю звертаються до лікарів за рекомендаціями стосовно схем та умов лікування.

3. РІВЕНЬ ЗАДОВОЛЕНОСТІ ПОСЛУГАМИ, ЩО НАДАЮТЬСЯ СІМЕЙНИМИ ЛІКАРЯМИ ТА ТЕРАПЕВТАМИ У ПОЛІКЛІНІКАХ ЗА МІСЦЕМ ПРОЖИВАННЯ

У більшості країн світу основними структурними елементами системи охорони здоров'я є первинна медико-санітарна допомога та спеціалізована допомога. При цьому заклади первинної допомоги надають до 90% загального обсягу медичної допомоги. Кількість лікарів загальної практики – сімейної медицини становить від 30% до 50% кількості усіх лікарів, які працюють в галузі охорони здоров'я. На сьогодні в Україні на первинному рівні починають і закінчують лікування лише до 30% пацієнтів у містах².

Нераціональна організація первинної допомоги та її недостатнє фінансування призвела до втрати комплексності та поступовості у наданні медичної допомоги, формальному підході до здійснення профілактики та диспансерної роботи. Як наслідок – спостерігаються високі рівні пізнього виявлення тяжких хвороб та ускладнень хронічних захворювань, що зумовлює надмірну потребу у дорогому спеціалізованому лікуванні.

Світовий досвід, узагальнений ВООЗ, свідчить, що розвиток первинної допомоги на засадах сімейної медицини є найефективнішим засобом досягнення справедливого розподілу і раціонального використання коштів та підвищення результативності роботи усієї галузі охорони здоров'я.

Період проведення дослідження припав на момент формування Центрів ПМСД. У деяких проектних містах процес створення мережі сімейних амбулаторій лише починається. Згідно статистичних даних лише у м. Вознесенськ та Первомайськ 100% населення мають можливість отримувати допомогу сімейних лікарів. Більшість населення також користуються послугами сімейних лікарів у м. Вінниця (90%), Луцьк (87%), Черкаси (80%). Значимо менше таких у м. Хмельницький (43%), Кривий Ріг (38%), Івано-Франківськ (16%) та Рівне (10%). У багатьох містах амбулаторії ЗП-СМ функціонують на базі поліклінік, тому пацієнти не завжди чітко усвідомлюють, в якому саме медзакладі працює лікар, до якого вони зверталися. Саме тому аналіз роботи сімейних амбулаторій та терапевтів, які працюють у поліклініках за місцем проживання, варто проводити спільно.

Загалом протягом року, що передував дослідженню, до амбулаторії ЗП-СМ зверталися 41% опитаних. Найбільше таких у м. Вознесенськ (95%) та Вінниця (91%), а найменше – у м. Івано-Франківськ (3%) (рис. 3.1). Оскільки у м. Хмельницький, Луцьк, Черкаси, Рівне та Івано-Франківськ мали досвід відвідування сімейних амбулаторій незначна кількість респондентів (від 3 до 17 осіб), то ці міста були виключені із подальшого аналізу стосовно оцінки діяльності амбулаторій ЗП-СМ.

До поліклініки за місцем проживання (дорослої або дитячої) зверталися три чверті (77%) опитаних. Найбільше таких у Луцьку, Рівному, Івано-Франківську та Хмельницькому, а найменше – у Вінниці (рис. 3.1). Тобто частота відвідування поліклініки певною мірою корелює з розвиненістю мережі сімейних амбулаторій: чим більш розгалуженою є система амбулаторій ЗП-СМ у місті (і відповідно вищою є частка пацієнтів, які до них звертаються), тим меншою є частка пацієнтів, які звертаються до поліклінік.

² http://www.moz.gov.ua/ua/portal/reform_answers.html

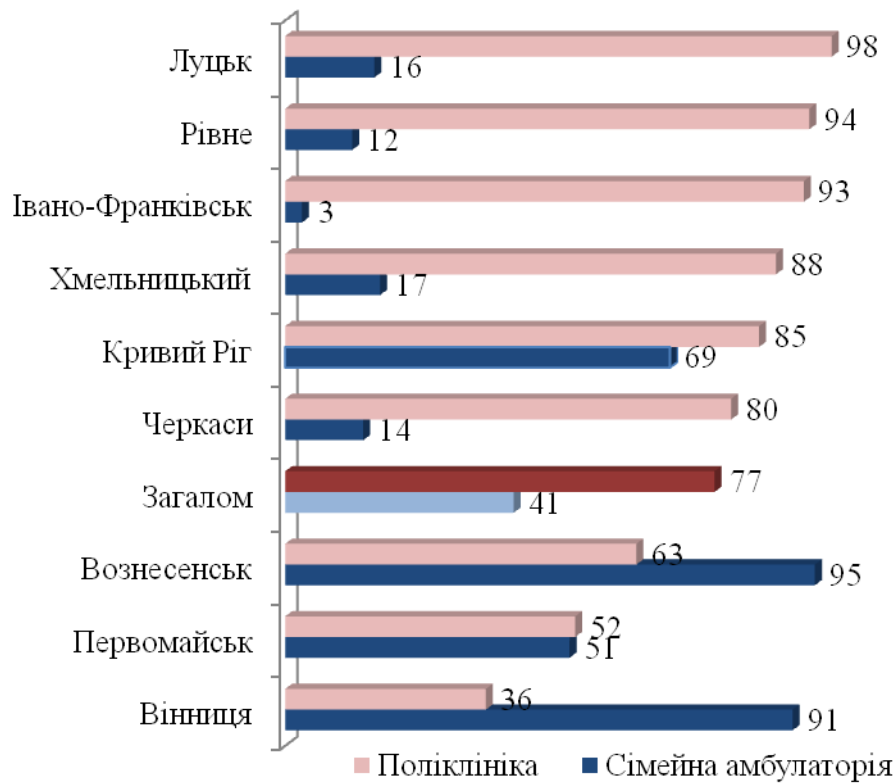


Рис. 3.1. Частка респондентів, які відвідували сімейну амбулаторію та/чи поліклініку за місцем проживання протягом останніх 12 місяців, за містами, % усіх опитаних (n=900)

*Відмінності між містами значимі, якщо перевищують 10%

Близько половини опитаних зверталися до амбулаторій та поліклінік 2-4 рази, ще третина – 1 раз протягом 12 місяців, що передували опитуванню. Незначною є частка «регулярних» відвідувачів, які зверталися до вказаних медзакладів майже щомісяця та частіше. При цьому вказана тенденція характерна для всіх міст, включених у дослідження (рис. 3.2)

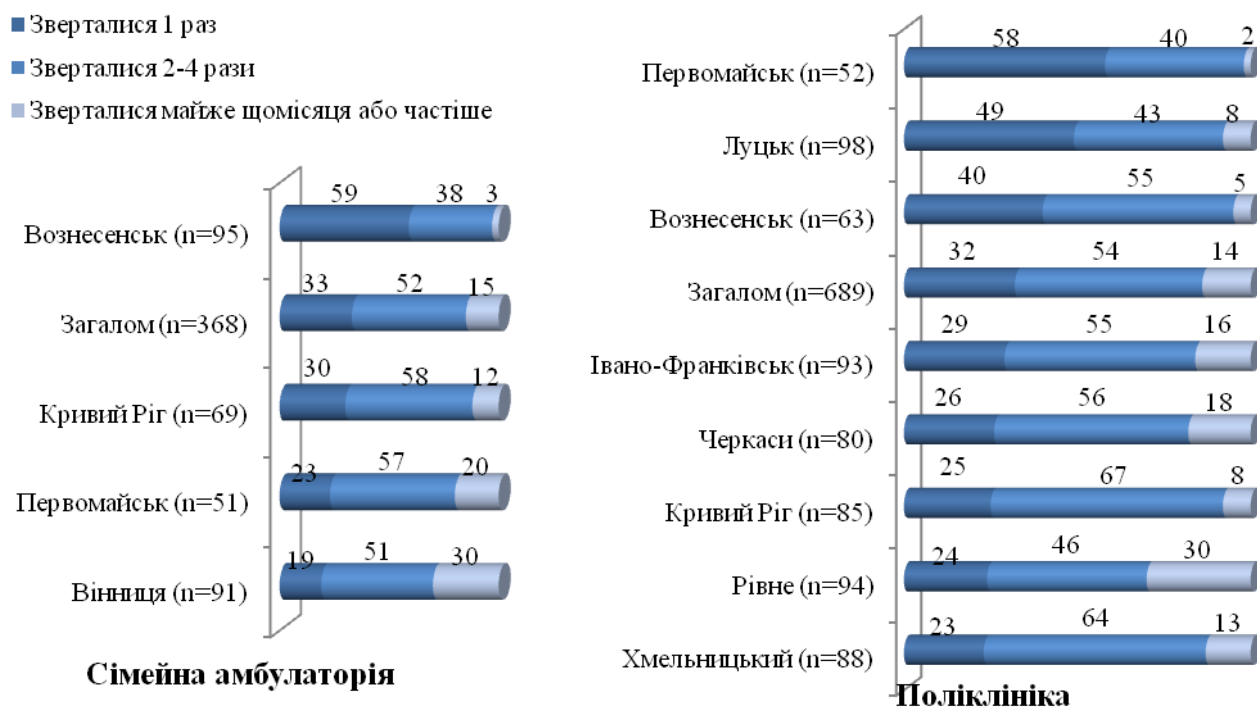


Рис. 3.2. Частота звернень до сімейних амбулаторій та поліклінік протягом останніх 12 місяців, % пацієнтів, які до них зверталися

*Представлено дані по містах, у яких до відповідних медичних закладів зверталося не менше 50 респондентів

**Сума по кожному рядку дорівнює 100%

***Відмінності між містами значимі, якщо перевищують 14%

Розподіл відповідей пацієнтів сімейних амбулаторій свідчить, що типовим є «вимушене» звернення по медичну допомогу. Йдеться про те, що переважно респонденти відвідують медзаклад для лікування гострого або хронічного захворювання або для оформлення різного роду медичної документації (довідок для роботи або навчального закладу, лікарняних тощо). Відвідування з профілактичною метою, в тому числі для проведення щеплень, трапляються рідше (рис. 3.3) і, як правило, поєднуються з іншими причинами відвідування. Зокрема, лише 11% пацієнтів амбулаторій зверталися до них виключно для проходження профілактичного огляду або вакцинації.

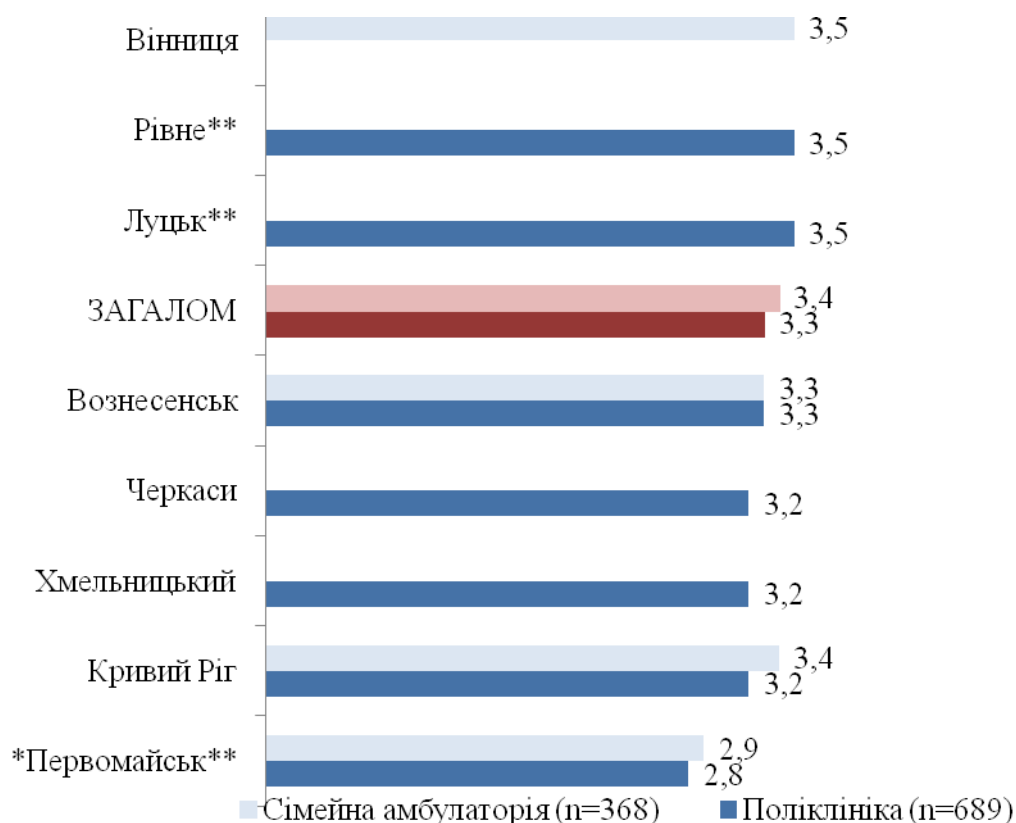


Рис. 3.3. Причини звернень по допомогу до сімейних амбулаторій, % пацієнтів, які зверталися до сімейної амбулаторії протягом останніх 12 місяців (n=368)

*Сума перевищує 100%, так як респонденти могли обирати кілька варіантів відповідей

Значимих відмінностей щодо оцінки якості медичних послуг, які надаються у сімейних амбулаторіях та поліклініках за місцем проживання, виявлено не було (середні оцінки 3,4 та 3,3 бали відповідно, де 1 – дуже погано, а 5 – дуже добре).

Значимо вище отриману допомогу в поліклініках за місцем проживання оцінили мешканці міст Луцьк та Рівне (по 3,5 балів), водночас у м. Первомайськ обидва види закладів були оцінені значимо гірше (рис. 3.4).



*Рис. 3.4. Оцінка пацієнтами якості медичної допомоги, яка надається у сімейних амбулаторіях та поліклініках, середні значення**** за містами серед респондентів, які зверталися протягом останніх 12 місяців до відповідних медзакладів*

*Відмінності значимі між містом та середнім значенням загалом (сімейна амбулаторія)

**Відмінності значимі між містом та середнім значенням загалом (поліклініка)

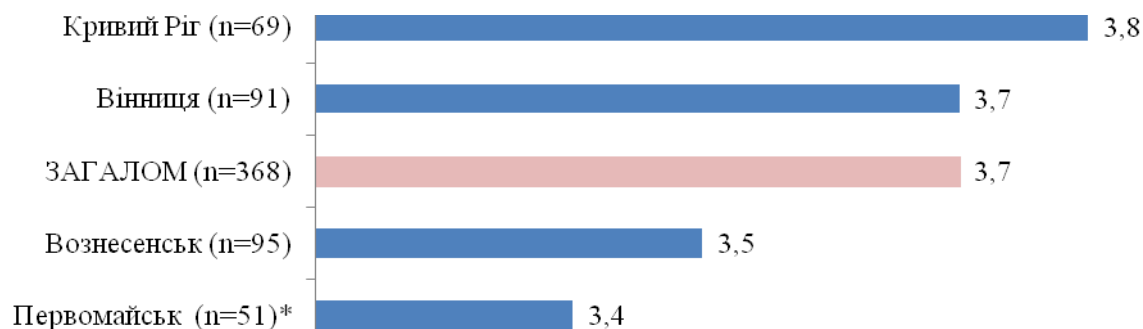
***Представлено дані за містами, у яких до відповідних медичних закладів зверталось не менше 50 респондентів

****Оцінка розрахована в програмі SPSS шляхом зважування відповідей респондентів за 5-бальною шкалою, де 1 – дуже погано, а 5 – дуже добре (тобто зростання середнього балу свідчить про високу оцінку якості медичної допомоги). При цьому варіант відповіді «важко відповісти» був виключений з аналізу.

Порівняння відповідей пацієнтів і експертів щодо оцінки якості медичних послуг, що надаються у сімейних амбулаторіях свідчить, що значимо більша частка експертів дали оцінку «добре» (36% і 54% відповідно). Але це не вплинуло на розбіжності в середніх оцінках. Водночас, оцінюючи якість допомоги, що надається поліклініками за місцем проживання, експерти були більш оптимістичними, їхня середня оцінка сягає 3,6 балів за 5-ти бальною шкалою.

Майже три чверті респондентів повністю задоволені отриманою консультацією сімейного лікаря (17%) або скоріше задоволені (57%). Середній бал, розрахований за п'ятибальною шкалою, де 1 – повністю незадоволені, а 5 – повністю задоволені, в цілому по масиву сягає 3,7. Значимих відмінностей за містами у рівні задоволеності пацієнтів отриманими консультаціями сімейних лікарів не було виявлено (рис. 3.5).

Частка експертів, які вважають проблему неякісного консультування сімейними лікарями поширеною, становить лише 2% проти 17% пацієнтів, які залишилися незадоволеними такими консультаціями.



*Рис. 3.5. Оцінка задоволеності консультацією сімейного лікаря з боку пацієнтів, середні значення*** за містами*

* Відмінності значимі між містом та середнім значенням загалом

** Серед респондентів, які зверталися протягом останніх 12 місяців до сімейної амбулаторії. Представлено дані за містами, у яких до відповідних медичних закладів зверталось не менше 50 респондентів

***Оцінка розрахована в програмі SPSS шляхом зважування відповідей респондентів за 5-бальною шкалою, де 1 – повністю незадоволені, а 5 – повністю задоволені (тобто зростання середнього балу свідчить про збільшення рівня задоволеності).

Респондентам, які зазначили, що вони не задоволені консультацією сімейного лікаря, ставилося запитання щодо причин, якими це обумовлено. На основі отриманих даних можна виділити три групи причин:

- низька якість безпосередньо консультування (пацієнт не отримав відповіді на всі свої запитання, не зрозумів пояснення лікаря). Хоча б про одну із вказаних причин зазначили 72% опитаних;
- фінансові чинники (висока вартість обстежень/ліків, призначених лікарем) (38%);
- недобррозичливе ставлення лікаря або іншого співробітника амбулаторії (32%) (рис. 3.6).

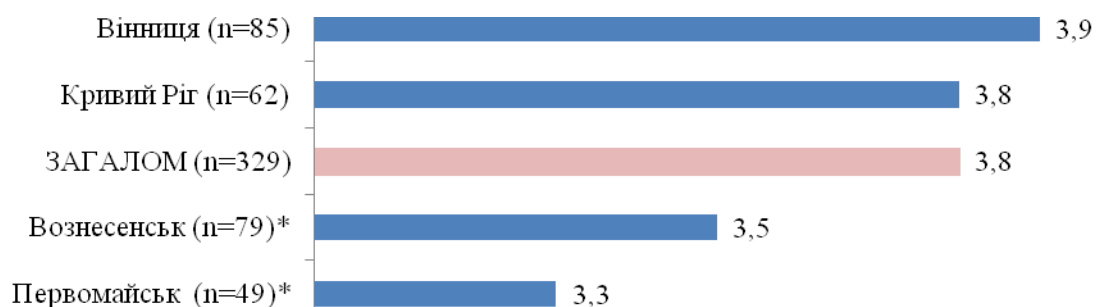
У якості «іншого» респонденти вказали те, що лікар несвоєчасно діагностував запалення легень, а також що замість встановлення діагнозу сказав, що «це просто старість».



Рис. 3.6. Причини незадоволеності консультацією лікаря, % пацієнтів, які не задоволені або здебільшого не задоволені (n=98)

*Сума перевищує 100%, так як респонденти могли обирати кілька варіантів відповідей

Кожному десятому пацієнту (11%) лікарі сімейних амбулаторій не призначали лікування. Більшість тих, кому його призначали, залишилися повністю (24%) або здебільшого (50%) задоволені його результатами. Середній рівень задоволеності, розрахований за п'ятибальною шкалою, де 1 – повністю незадоволені, а 5 – повністю задоволені, в цілому по масиву сягає 3,8 балів. Лише в м. Вознесенськ і Первомайськ пацієнти виявилися значимо менш задоволеними результатами лікування, яке призначив лікар, ніж опитані загалом (рис. 3.7).



*Рис. 3.7. Оцінка задоволеності результатами лікування, яке призначив сімейний лікар, середні значення за містами****

*Відмінності значимі між містом та середнім значенням за масивом загалом

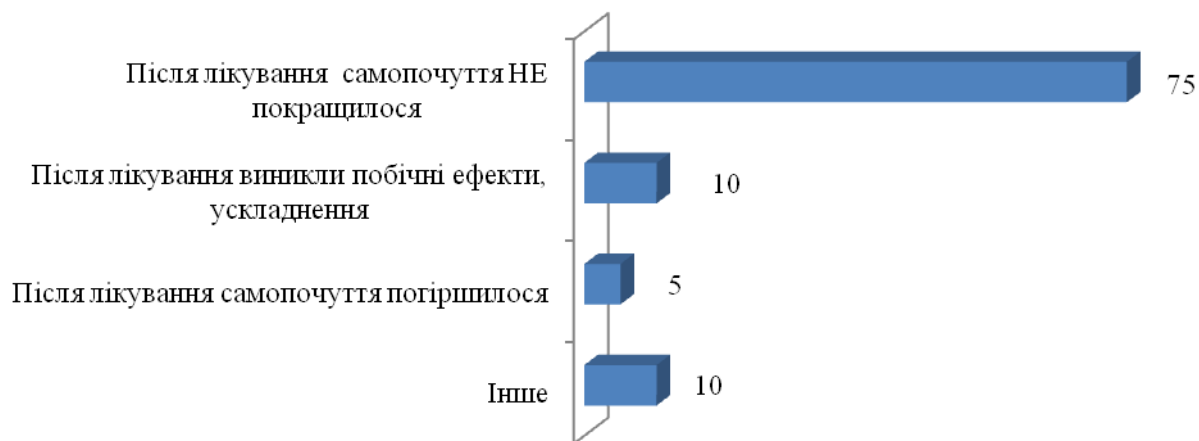
**Серед респондентів, яким лікар призначав лікування. Представлено дані за містами, у яких до відповідних медичних закладів зверталось не менше 50 респондентів

***Оцінка розрахована в програмі SPSS шляхом зважування відповідей респондентів за 5-бальною шкалою, де 1 – повністю не задоволені, а 5 – повністю задоволені (тобто зростання середнього балу свідчить про вищу задоволеність). При цьому варіант відповіді «лікар не призначив лікування» був виключений з аналізу.

Більшість респондентів не задоволені результатами лікування через його низьку ефективність, яка проявляється в тому, що лікування не призвело до покращення

самопочуття пацієнта (75%), а в деяких випадках навіть спровокувало його погіршення (5%) або викликало побічні ефекти/ускладнення (10%) (рис. 3.8).

Серед «інших» причин респонденти вказували на: неправильно поставлений діагноз, свою незгоду з методами лікування («одразу призначили антибіотики»), призначення дорогих ліків, а також те, що вони поки що не можуть оцінити результативність лікування, оскільки воно ще не закінчене.



*Рис. 3.8. Причини незадоволеності результатами лікування, яке призначив лікар, % пацієнтів, які не задоволені (n=87)**

*Сума дорівнює 100%

Дві третини (66%) незадоволених результатами лікування пацієнтів отримували від сімейного лікаря направлення до лікарів вузьких спеціальностей, решта такого направлення не отримували (31%) або не пам'ятають про це (3%).

Після відвідування поліклініки за місцем проживання, пацієнти здебільшого залишилися задоволеними отриманими послугами. Лише тривалий час очікування для отримання послуг викликало певне незадоволення у пацієнтів (2,9 балів, де 1 – зовсім незадоволені, а 5 – цілком задоволені). Натомість респонденти високо оцінили ставлення та професіоналізм лікарів, якість обслуговування з боку медичних сестер, чистоту приміщень і коридорів, тобто те, що залежить безпосередньо від медичного персоналу і не потребує додаткових умов (наприклад, значних матеріальних затрат) (рис. 3.9).



Рис. 3.9. Рівень задоволеності пацієнтів різними аспектами медичного обслуговування у поліклініці, середні значення*

*Оцінка розрахована в програмі SPSS шляхом зважування відповідей респондентів за 5-бальною шкалою, де 1 – повністю не задоволені, а 5 – повністю задоволені (тобто зростання середнього балу свідчить про вищу задоволеність). При цьому варіанти відповіді «важко відповісти» та «не хочу відповідати» були виключені з аналізу.

**Серед респондентів, які зверталися протягом останніх 12 місяців до поліклініки (n=689)

Місто Рівне лідирує за рівнем задоволеності пацієнтів більшістю компонентів медичного обслуговування, тоді як найменш задоволеними виявилися пацієнти у Кривому Розі і Первомайську (табл. 3.1).

Таблиця 3.1

**Рівень задоволеності пацієнтів різними аспектами медичного обслуговування у
поліклініці, середні значення за містами****

	ЗАГАЛОМ (n=689)	Рівне (n=94)	Луцьк (n=98)	Івано-Франківськ (n=93)	Вознесенськ (n=63)	Черкаси (n=80)	Хмельницький (n=88)	Кривий Ріг (n=85)	Первомайськ (n=52)
Загальна оцінка	3,7	3,9	3,8	3,8	3,7	3,7	3,6	3,4	3,3
Ставленням до вас лікаря	4,2	4,4*	4,3	4,3	4,1	4,1	4,1	3,8*	4,0*
Обслуговуванням з боку медичних сестер	4,0	4,1	4,0	4,3*	4,1	4,0	4,0	3,9	4,1
Чистотою приміщень, коридорів	4,0	4,3*	4,0	4,0	4,0	4,0	3,8	3,8*	3,8
Професіоналізмом лікаря	3,8	4,0	4,0*	3,8	3,9	3,6	3,7	3,7	3,5*
Результатами змін у стані здоров'я	3,7	3,8	4,0*	3,8	3,7	3,4*	3,7	3,6	3,2*
Графіком прийому лікаря	3,6	3,9*	3,6	4,0*	3,6	3,6	3,6	3,3*	3,1*
Доступністю послуг	3,6	3,8*	3,6	3,8*	3,7	3,6	3,4	3,0*	3,0*
Доступністю інформації про послуги, які надаються в закладі, умови їх отримання	3,5	3,6	3,7*	3,6	3,8*	3,7*	3,5	3,1*	2,8*
Доступністю, станом туалетних кімнат	3,4	3,6*	3,6*	3,1	3,1*	3,5	3,3	3,6	2,3*
Часом очікування для отримання послуг	2,9	3,1	2,9	2,8	3,3*	3,3*	2,4*	2,6*	2,7

*Відмінності значимі між містом та середнім значенням за масивом загалом

**Оцінка розрахована в програмі SPSS шляхом зважування відповідей респондентів за 5-бальною шкалою, де 1 – повністю не задоволені, а 5 – повністю задоволені (тобто зростання середнього балу свідчить про вищу задоволеність). При цьому варіанти відповіді «важко відповісти» та «не хочу відповідати» були виключені з аналізу.

***Серед пацієнтів, які відвідували поліклініку. Представлено дані за містами, у яких до відповідних медичних закладів зверталось не менше 50 респондентів

Незадоволеність пацієнтів якістю медичної допомоги пов'язана з кількома факторами, включаючи неможливість отримати певні послуги, необхідність платити за ті чи інші види медичної допомоги, недосконалу організацію прийому, довгі черги тощо.

З відмовами у наданні тих чи інших послуг у поліклініці загалом стикалися 6% опитаних, які її відвідували (41 особа): по 1-6 осіб у кожному з міст. Лише у Черкасах на відмови у медичній допомозі нарікав кожен п'ятий пацієнт (15 із 80 осіб, які зверталися по

допомогу). Порівняно частіше пацієнтам відмовляли у консультаціях лікарів вузького профілю (17 респ.) та проходження обстежень (включаючи МРТ, флюорографію тощо) (10 респ.), а порівняно рідше – у консультаціях лікаря-терапевта (6 респ.), та здачі аналізів (5 респ.). Серед «іншого» респонденти зазначали про відмову у щепленні через відсутність вакцини, проведенні обстеження щодо втрати працездатності, продовженні/закритті лікарняного та відвідуванні дільничним лікарем пацієнта вдома.

Здебільшого відмови у тих чи інших послугах були обґрунтовані об'єктивними причинами: відсутністю/несправністю діагностичного обладнання (11 респ.), відсутністю у поліклініці необхідного спеціаліста (6 респ.), реактивів (6 респ.) або необхідного обладнання (3 респ.) для проведення аналізів тощо. Відмова лікаря у наданні медичної допомоги, як правило, викликана об'єктивними факторами: закінченням часу прийому (2 респ.), через помилковий вибір пацієнтом спеціаліста («звернення не до того лікаря») (3 респ.) та відсутністю лікаря в години прийому (3 респ.), що зазвичай обумовлено тим, що лікар перебував на курсах або лікарняному тощо. Також доволі часто пацієнти скаржилися на те, що складно потрапити до лікаря або пройти обстеження, оскільки немає відповідних талонів (7 респ.).

«Черга на УЗД, можливість пройти обстеження в поліклініці безкоштовно з'явилася лише через 2 місяці» (респондент, м. Хмельницький).

Відмови з «формальних» причин трапляються рідко. Зокрема лише один респондент у м. Черкаси зазначив, що він не зміг отримати медичну допомогу через відсутність реєстрації. Ніхто з опитаних не стикався з відмовами через відсутність амбулаторної картки, несвоєчасне проходження флюорографії або гінекологічного обстеження (для жінок).

У якості «іншого» респонденти вказували на високу для них вартість обстежень/аналізів, відсутність у поліклініці вакцини та відмову в консультації лікаря-спеціаліста або здачі аналізів через відсутність направлення.

Загалом лише третина респондентів (34%) не стикалися з жодними труднощами при відвідуванні сімейних амбулаторій, а чверть (24%) – при відвідуванні поліклінік за місцем проживання.

Результати опитування свідчать, що типовою проблемою як для амбулаторій, так і для поліклінік є недосконала організація прийому, що проявляється в довгих чергах, відсутності лікаря в години прийому, незручному графіку прийому та неможливості попереднього запису на прийом (табл. 3.2). Значимо частіше за пацієнтів інших міст з різними проблемами стикалися мешканці м. Первомайськ (84%–96%).

При відвідуванні поліклініки пацієнти досить часто скаржилися на довгі черги в лабораторії для здачі аналізів (41%). Найбільш характерною ця проблема є для міст Хмельницький (77%) та Первомайськ (58%).

Хоча б із однією із вказаних проблем у сімейних амбулаторіях стикалися 63% опитаних. Найчастіше опитані зазначили проблему довгих черг, при чому час очікування в черзі варіював від 20 хвилин до трьох годин. В середньому він сягав майже годину (58+/-2,3 хвилин), будучи дещо нижчим у Кривому Розі (48+/-3,2 хвилин) та вищим у Первомайську (73+/-7,0 хвилин).

Таблиця 3.2

Труднощі, з якими стикалися респонденти під час відвідування сімейних амбулаторій та поліклінік, % тих, хто їх відвідував

Місто	Медзаклад	Не стикалися з жодними труднощами	Довгі черги на прийом до лікаря	Неможливо записатися до лікаря на певний день/годину	Незручний графік прийому лікаря	Лікаря не було на місці в години прийому
Загалом	Сімейні амбулаторії (n=368)	34	58	17	13	10
	Поліклініки (n=684)	24	63	20	13	12
Вінниця	Сімейні амбулаторії (n=91)	36	56	2	1	4
Вознесенськ	Сімейні амбулаторії (n=95)	39	56	4	7	2
	Поліклініки (n=63)	25	60	8	13	10
Івано-Франківськ	Поліклініки (n=93)	17	62	8	9	10
Кривий Ріг	Сімейні амбулаторії (n=69)	15	80	42	23	36
	Поліклініки (n=85)	20	78	42	21	34
Луцьк	Поліклініки (n=98)	35	59	11	13	10
Первомайськ	Сімейні амбулаторії (n=51)	16	69	49	33	6
	Поліклініки (n=52)	4	73	33	33	12
Рівне	Поліклініки (n=94)	28	56	12	10	4
Хмельницький	Поліклініки (n=88)	9	75	22	7	11
Черкаси	Поліклініки (n=80)	30	50	36	13	8

*Представлено дані за містами, у яких до відповідних медичних закладів зверталось не менше 50 респондентів

**Відмінності між містами значимі, якщо перевищують 14%

***Сума перевищує 100%, так як респонденти могли обирати кілька варіантів відповідей

Порівняно рідше респонденти-відвідувачі амбулаторій нарікали на незручність місць для очікування лікаря (17%) та вузький перелік медичних послуг (зокрема йшлося про відсутність вузьких спеціалістів). При відвідуванні поліклінік за місцем проживання 16% респондентів скаржилися на відсутність «талонів» для проходження УЗД, ЕКГ тощо, а 8% – що не працювало або погано працювало медичне обладнання. Лише деякі опитані скаржилися, що їм незручно добиратися до сімейних амбулаторій або поліклінік. Щодо останньої проблеми, респонденти здебільшого зазначали відсутність зручної транспортної розв'язки, зокрема необхідність добиратися з пересадкою або розташування медзакладу далеко від зупинки транспорту. Особливо часто на це нарікали люди похилого віку та особи з інвалідністю (наприклад, ті, хто пересувається на візку).

У якості «іншого» респонденти вказували низьку кваліфікацію спеціалістів, які працюють в амбулаторіях, а також те, що прийом пацієнтів-дорослих та дітей ведеться разом (в одному кабінеті одним і тим же спеціалістом).

У цілому експерти оцінюють умови та організацію медичної допомоги більш оптимістично, ніж пацієнти. Це особливо помітно щодо найбільш поширеної, з точки зору пацієнтів, проблеми – великих черг на прийом до лікарів. Щодо інших проблем відмінності між пацієнтами та експертами не є значимими, але аналогічна тенденція простежується і щодо них. За оцінками експертів, найбільш поширеними проблемами, з якими стикаються пацієнти у містах є: замалий перелік послуг, що надаються сімейними амбулаторіями (15% вважають її поширеною або дуже поширеною) та морально застаріле, непрацююче медичне обладнання в поліклініках (39%) (табл. 3.3)

Таблиця 3.3

Поширеність окремих проблем в амбулаторіях ЗП-СМ та поліклініках за оцінками експертів, %* усіх експертів (n=90)

<i>Проблема</i>	<i>Поліклініки</i>	<i>ЗП-СМ</i>
Морально застаріле, непрацююче медобладнання	39	<i>Питання не ставилося</i>
Довгі черги на прийом до лікарів	19	13
Відсутність реактивів для проведення аналізів	11	<i>Питання не ставилося</i>
Незручна організація запису до лікарів (неможливо записатися на певний день/годину)	9	9
Незручні умови для очкування пацієнтів	7	9
Незручний графік прийому лікарів	5	4
Неякісні консультації сімейних лікарів/лікарів-спеціалістів	2	2
Відсутність лікарів у години прийому	2	3
Замалий перелік медичних послуг, які надаються (відсутність необхідних пацієнту послуг)	<i>Питання не ставилося</i>	15

*Частка експертів, які обрали варіанти відповіді «поширено (4)» або «дуже поширено (5)».

Ще одна проблема, з якою стикаються пацієнти, – необхідність оплачувати ті чи інші види медичної допомоги. Майже кожен шостий респондент (17%) з числа тих, хто відвідував сімейні амбулаторії, хоча б один раз платив (офіційно чи неофіційно) за певну послугу, в тому числі 7% платили офіційно

Найчастіше респонденти платили за проведення медичних маніпуляцій, найрідше – за перенаправлення до іншого медичного закладу, найбільш поширеною є неофіційна оплата – «подяка» лікарю або медсестрі (табл. 3.4).

Більш поширена, виходячи із відповідей пацієнтів, оплата медичної допомоги в поліклініках. Хоча б один раз платили (офіційно чи неофіційно) за будь-які медичні послуги 62% пацієнтів, в тому числі 44% платили офіційно (включаючи благодійні внески), 18% – неофіційно. Відповіді пацієнтів дозволяють уточнити: найбільш поширеною є практика оплати за діагностичні процедури. При цьому доволі часто пацієнти зазначали, що вимушені обирати: наприклад, УЗД можна пройти швидко, якщо заплатити, або безкоштовно, але зачекавши 2-3 місяці.

Експертні оцінки розбігаються з відповідями пацієнтів. Частка експертів, які вважають практику «подяк» медпрацівникам за надання медичної допомоги чи просто

доброзичливе ставлення, або примусової сплати «благодійних» внесків поширеною, не перевищує 1-3%.

Таблиця 3.4

Розподіл відповідей на запитання: «Чи доводилося Вам платити за...?», % пацієнтів, які користувалися кожним із видів послуг

	Платили <u>офіційно</u> , в касу (в т.ч. як благодійні внески)		Платили <u>НЕ</u> <u>офіційно</u> , із рук в руки		Не платили	
	ЗП-СМ	Полік.	ЗП-СМ	Полік.	ЗП-СМ	Полік.
Консультацію, огляд лікаря (ЗП-СМ n=367; поліклініка n=685)	1	6	5	9	94	85
Медичні маніпуляції (ЗП-СМ n=221; поліклініка n=396)	7	11	9	14	84	75
Оформлення медичних довідок, лікарняних тощо (ЗП-СМ n=240; поліклініка n=468)	3	4	7	8	90	88
Перенаправлення до іншого медзакладу (ЗП-СМ n=186)	1	–	1	–	98	–
Діагностика (поліклініка n=613)	–	43	–	18	–	39
Фізіотерапевтичні процедури (поліклініка n=325)	–	9	–	11	–	80

Зокрема найбільш поширена практика оплати медичних послуг (як офіційної, так і неофіційної) у містах Первомайськ, Луцьк та Вінниця (табл. 3.5). Жоден із респондентів у мм. Івано-Франківськ та Рівне не платив за медичні послуги в сімейних амбулаторіях і лише поодинокі пацієнти оплачували послуги офіційно у мм. Хмельницький та Черкаси.

У містах переважають неофіційні форми грошової подяки, лише діагностика у поліклініці є здебільшого офіційно платною. На загальному тлі позитивно виділяється м. Луцьк, де за всі послуги пацієнти переважно платять офіційно.

Таблиця 3.5

Частка респондентів, які платили (офіційно або неофіційно) за медичні послуги, осіб

	Вінниця	Вознесенськ	Івано-Франківськ	Кривий Ріг	Луцьк	Первомайськ	Рівне	Хмельницький	Черкаси
Платили офіційно за консультацію, огляд сімейного лікаря	0	0	0	2	1	1	0	0	0
Платили неофіційно за консультацію, огляд сімейного лікаря	3	5	0	4	1	4	0	0	0
Платили офіційно за консультацію, огляд лікаря поліклініки	2	0	5	2	19	2	4	3	6

	Вінниця	Вознесенськ	Івано-Франківськ	Кривий Ріг	Луцьк	Первомайськ	Рівне	Хмельницький	Черкаси
Платили неофіційно за консультацію, огляд лікаря поліклініки	1	3	10	8	0	3	7	24	6
Платили офіційно за медичні маніпуляції в сімейних амбулаторіях	3	0	0	1	3	7	0	1	1
Платили неофіційно за медичні маніпуляції в сімейних амбулаторіях	9	5	0	1	0	4	0	0	0
Платили офіційно за медичні маніпуляції в поліклініках	1	2	2	3	14	10	7	3	3
Платили неофіційно за медичні маніпуляції в поліклініках	2	10	8	6	1	0	8	12	7
Платили офіційно за оформлення медичних довідок, лікарняних тощо в сімейних амбулаторіях	3	2	0	2	0	0	0	0	1
Платили неофіційно за оформлення медичних довідок, лікарняних тощо в сімейних амбулаторіях	6	5	0	1	0	5	0	0	0
Платили офіційно за оформлення медичних довідок, лікарняних тощо в поліклініках	1	1	3	2	0	1	2	2	5
Платили неофіційно за оформлення медичних довідок, лікарняних тощо в поліклініках	3	2	6	8	0	2	7	8	3
Платили офіційно за перенаправлення сімейними лікарями до іншого медзакладу	0	0	0	0	1	0	0	0	0
Платили неофіційно за перенаправлення сімейними лікарями до іншого медзакладу	2	0	0	0	0	0	0	0	0
Платили офіційно за діагностику в поліклініці	22	22	14	11	66	29	39	38	26
Платили неофіційно за діагностику в поліклініці	3	7	21	15	1	11	19	12	21
Платили офіційно за фізіотерапевтичні процедури в поліклініці	0	0	0	3	11	4	4	3	6
Платили неофіційно за фізіотерапевтичні процедури в поліклініці	0	7	2	3	6	0	5	8	3

Зважаючи на те, що у містах переважають неофіційні форми оплати за медичні послуги, то про суму, яку їм необхідно заплатити, пацієнтам найчастіше повідомляють медпрацівники. Другий за поширеністю спосіб – самостійне визначення пацієнтами розміру «подяки» у випадку, якщо оплата послуг відбувається з ініціативи пацієнта (рис. 3.10). Значимо рідше пацієнтам виписують квитанцію для оплати або інформують їх про вартість послуг, розміщуючи відповідну інформацію на видному місці.



Рис. 3.10. Джерела інформації про вартість платних послуг, % пацієнтів, які платили за них

*Сума перевищує 100%, так як респонденти могли обирати кілька варіантів відповідей

Помітною є різниця щодо способів оплати послуг у різних містах. З одного боку маємо Вінницю, де оплата відбувається за допомогою квитанцій, та Вознесенськ, де інформація про вартість послуг висить на видному місці і є загальнодоступною. На противагу їм у решті міст медичні працівники самі повідомляють пацієнтам про те, скільки вони мають заплатити (табл. 3.6).

Таблиця 3.6

Джерела інформації про вартість платних послуг, осіб

Місто	Медзаклад	Вам сказав лікар або інший співробітник амбулаторії	Вам виписали квитанцію для оплати послуг	Інформація про вартість послуг висить на видному місці	Самі визначили суму «подяки»	Порекомендували знайомі, родичі
Загалом	Сімейні амбулаторії (n=64)	31	9	4	20	4
	Поліклініки (n=422)	276	96	56	65	27
Вінниця	Сімейні амбулаторії (n=21)	15	4	0	2	0
	Поліклініки (n=26)	8	20	0	0	0
Вознесенськ	Сімейні амбулаторії (n=13)	1	0	3	9	0
	Поліклініки (n=30)	9	4	19	8	3
Івано-Франківськ	Поліклініки (n=47)	39	5	1	9	6
Кривий Ріг	Сімейні амбулаторії (n=6)	1	1	0	5	4
	Поліклініки (n=31)	20	7	0	6	7
Луцьк	Сімейні амбулаторії (n=5)	2	2	1	1	0
	Поліклініки (n=70)	46	19	5	4	2
Первомайськ	Сімейні амбулаторії (n=16)	10	2	0	4	0
	Поліклініки (n=40)	26	2	12	4	2
Рівне	Сімейні амбулаторії (n=1)	0	0	0	1	0
	Поліклініки (n=67)	43	19	11	5	2
Хмельницький	Сімейні амбулаторії (n=1)	1	0	0	0	0
	Поліклініки (n=62)	44	11	2	29	3
Черкаси	Сімейні амбулаторії (n=1)	1	0	0	0	0
	Поліклініки (n=49)	41	9	6	0	2

*Сума перевищує 100%/n, так як респонденти могли обрати кілька варіантів відповідей

Розподіл відповідей респондентів за містами дає можливість зробити висновок, що введення офіційної оплати за медичні послуги не відмінняє поширеності практик неофіційних подяк.

Близько 10-20% респондентів з тих, кому доводилося платити за кожен із видів медичної допомоги у поліклініці, охарактеризували розмір оплати як надзвичайно високий, неприйнятний для себе. Особливо це стосується оплати за маніпуляції та діагностичні процедури (рис. 3.11).

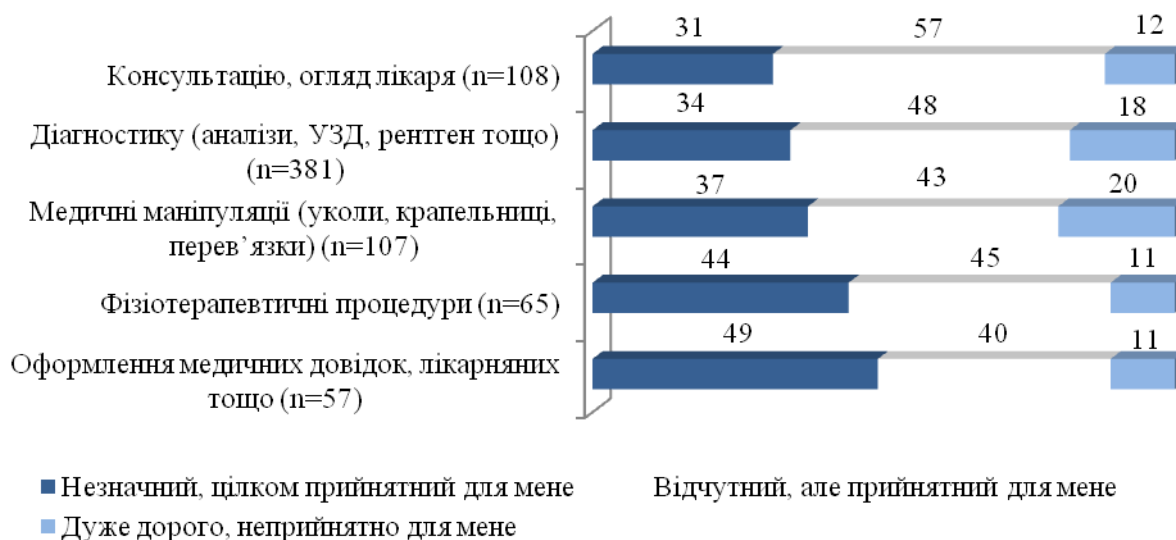


Рис. 3.11. Оцінка пацієнтами розміру оплати за послуги у поліклініці, % пацієнтів, які платили за різні види послуг

*Відмінності значимі, якщо перевищують 13%

**По кожному стовпцю сума дорівнює 100%.

***З аналізу були виключені варіанти відповідей «не платили» та «не отримували послуги»

Отже, пацієнти здебільшого задоволені отриманими послугами в амбулаторіях ЗП-СМ та поліклініках за місцем проживання. Однак певне занепокоєння викликають практики неофіційної оплати за медичні послуги, особливо ті, що гарантовані державою як безкоштовні.

4. РІВЕНЬ ЗАДОВОЛЕНОСТІ РЕСПОНДЕНТІВ СТАЦІОНАРНИМ ЛІКУВАННЯМ

Протягом 12 місяців, що передували опитуванню, до лікарень зверталися 29% опитаних. Практично всі вони пройшли лікування у стаціонарі. Серед респондентів, які потрапили до вибірки, у Хмельницькому пацієнтів стаціонару було найбільше (52%), а у Вінниці та Луцьку – найменше (16%). В усіх містах, включених до дослідження, крім Кривого Рогу, практично всі респонденти, які звернулися до лікарні, були госпіталізовані (рис. 4.1).

З огляду на низький рівень охоплення респондентів стаціонарним лікуванням, результати їх опитування стосовно оцінки діяльності цих установ слід використовувати із застереженням; ці дані не можуть застосовуватися для планування політики та програм розвитку, а лише слугувати орієнтирами для окреслення загальних проблем у сфері стаціонарного лікування.

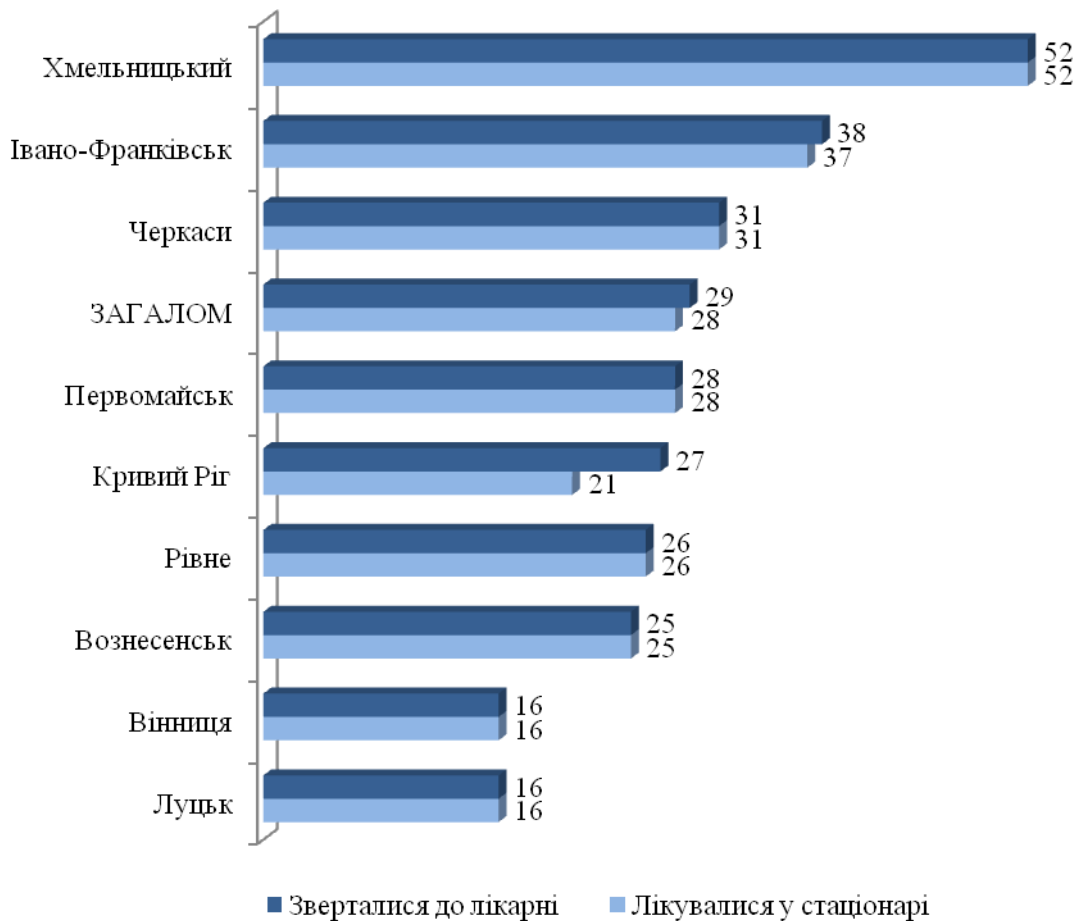


Рис. 4.1. Частка респондентів, які зверталися до лікарні та проходили стаціонарне лікування у державному медзакладі протягом останніх 12 місяців, за містами, % усіх пацієнтів (n=900)

*Відмінності значимі, якщо перевищують 10%

Майже кожен десятий респондент (9% або 22 особи) з числа тих, хто звертався до лікарні, зазначив, що протягом останніх 12 місяців вони або їхні родичі стикалися з випадками відмови у госпіталізації. В усіх містах, крім Кривого Рогу, таких респондентів

було не більше 4 осіб. Натомість у Кривому Розі на відмови у госпіталізації нарікав кожен третій пацієнт, який звертався до лікарень (10 із 37 осіб).

Причини відмов були досить різними, а саме: стан здоров'я пацієнта не конче потребував стаціонарного лікування (6 респ.), брак вільних місць (5 респ.), переадресація до іншого медзакладу (3 респ.), несплата пацієнтом необхідної суми (3 респ.) або його похилий вік (2 респ.). У якості «іншого» 1 респондент зазначив, що сам відмовився від госпіталізації через страх, що вона призведе до погіршення стану здоров'я; ще одному пацієнту відмовили, оскільки він не мав направлення.

З розподілом відповідей пацієнтів збігається думка експертів: необгрунтована відмова у госпіталізації не є актуальною проблемою. Лише 3% опитаних експертів вважають її поширеною. Більше експертів непокоїть направлення на стаціонарне лікування пацієнтів, які цього не потребують і можуть лікуватися амбулаторно. Про поширеність цієї проблеми зазначили 11% експертів.

Більшість пацієнтів лікувалися у стаціонарі через гострі захворювання (50%) та невідкладні стани (пологи, травми тощо) (21%). Лише третина опитаних проводили планове лікування (33%) і вкрай мало – зверталися для проходження обстеження (6%). Вказана тенденція простежується в усіх містах, включених до дослідження (табл. 4.1).

Таблиця 4.1

Причини перебування пацієнтів у стаціонарі, за містами, осіб

	<i>Медичне обстеження</i>	<i>Планове обстеження</i>	<i>Гостре захворювання</i>	<i>Швидка допомога</i>	<i>Інше</i>
Загалом, % (n=252)	6	33	50	21	4
Вінниця (n=16)		5	8	5	
Вознесенськ (n=25)	3	12	11	1	
Івано-Франківськ (n=37)	1	14	13	8	2
Кривий Ріг (n=21)	3	3	11	8	2
Луцьк (n=16)		6	6	4	3
Первомайськ (n=28)	1	6	10	11	
Рівне (n=26)	2	9	17	5	
Хмельницький (n=52)	5	22	32	7	1
Черкаси (n=31)	1	5	19	5	1

*Сума перевищує 100% або n, оскільки респонденти могли обирати декілька варіантів відповідей

Досить тривожними є результати опитування пацієнтів щодо умов госпіталізації: лише 39% – потрапили до лікарень за направленням дільничного (сімейного) лікаря. Майже кожен третій був госпіталізований після виклику «швидкої» допомоги (29%) та за домовленістю з лікарем (26%) (рис. 4.2). Значно рідше трапляється звернення пацієнтів за власною ініціативою (про що 6 осіб зазначили в числі «іншого») та за направленням від інших спеціалістів (включаючи лікарів вузького профілю та лікарів із військкомату – 3 особи). Значимих відмінностей в умовах проходження стаціонару за містами не спостерігається. Виняток становлять лише міста Вознесенськ, де дуже поширена госпіталізація за направленням сімейного лікаря (18 із 25 осіб), та Кривий Ріг, де

більшість пацієнтів потрапили до стаціонару після виклику «швидкої» (13 із 21 респондента).

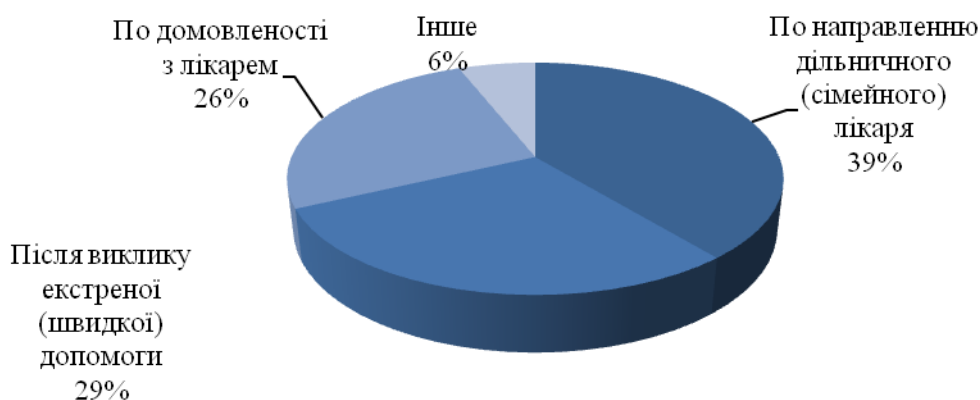


Рис. 4.2. Шляхи госпіталізації, % серед пацієнтів, які лікувалися у стаціонарі (n=252)
*Сума дорівнює 100%

В середньому пацієнти оцінили якість медичної допомоги, отриманої у стаціонарі, на 3,5 балів (де 1 – дуже погано, а 5 – дуже добре). Зокрема 43% оцінили її посередньо (3 бали) і 46% – добре (4 бали). «Погані», «дуже погані» та «дуже добрі» оцінки траплялися рідко. Експерти традиційно були більш оптимістичними, оцінивши якість медичної допомоги, яка надається у стаціонарах, на 3,7 балів.

Через низьку наповнюваність груп (кількість пацієнтів стаціонару у кожному із міст), значимих відмінностей між містами практично не зафіксовано. Виняток становлять м. Вінниця, де середня оцінка пацієнтами якості медичної допомоги у стаціонарі є вищою порівняно із масивом в цілому, та м. Хмельницький та Первомайськ, де вона є нижчою (рис. 4.3).

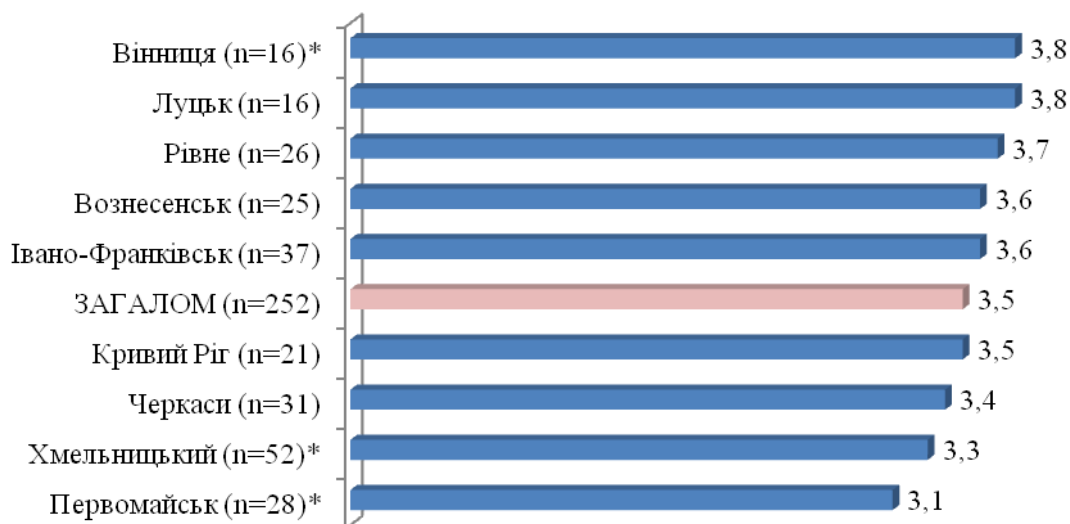


Рис. 4.3. Оцінка пацієнтами якості медичної допомоги, яка надається у стаціонарах, середні значення** за містами

*Відмінності значимі між містом та середнім значенням за масивом загалом

**Оцінка розрахована в програмі SPSS шляхом зважування відповідей респондентів за 5-бальною шкалою, де 1 – дуже погано, а 5 – дуже добре (тобто зростання середнього балу свідчить про вищу оцінку). При цьому варіант відповіді «важко відповісти» був виключений з аналізу.

***Серед респондентів, які проходили лікування у стаціонарі протягом останніх 12 місяців

Майже три чверті опитаних скоріше задоволені (55%) або повністю задоволені (19%) результатами лікування у стаціонарі, незадоволені ними лише 11% опитаних. В середньому пацієнти оцінили рівень своєї задоволеності результатами лікування на рівні 3,8 балів (де 1 – зовсім не задоволені, а 5 – повністю задоволені). Експертні оцінки в цілому відображають настрої пацієнтів. На думку експертів, незадоволеність результатами лікування не є поширеною проблемою (середня оцінка 2,0 бали, де 1 – зовсім не поширена, а 5 – дуже поширена).

Найвищим є рівень задоволеності пацієнтів результатами стаціонарного лікування у м. Вінниця та Кривий Ріг (рис. 4.4). Решта міст за вказаним показником значимо не відрізняються.

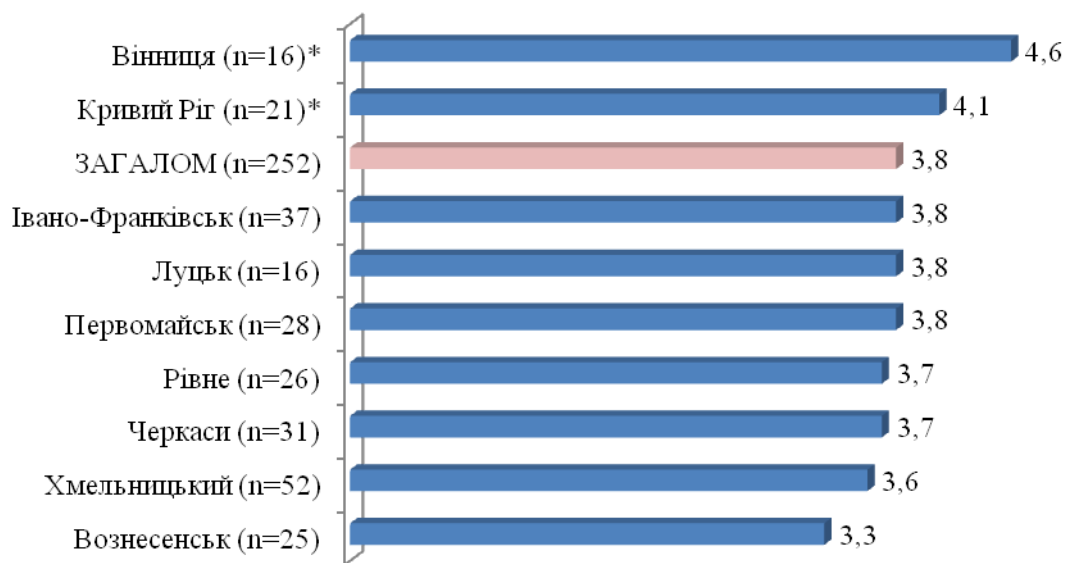


Рис. 4.4. Задоволеність результатами лікування, яке проходили пацієнти у стаціонарі, середні значення за містами

*Відмінності значимі між містом та середнім значенням за масивом загалом

**Оцінка розрахована в програмі SPSS шляхом зважування відповідей респондентів за 5-бальною шкалою, де 1 – повністю не задоволені, а 5 – повністю задоволені (тобто зростання середнього балу свідчить про вищу задоволеність). При цьому варіант відповіді «важко відповісти» був виключений з аналізу.

***Серед респондентів, які проходили лікування у стаціонарі протягом останніх 12 місяців

Респондентам, які зазначили про свою незадоволеність результатами лікування, ставилося запитання щодо її причин. Найчастіше пацієнти зазначали про те, що після лікування їхнє самопочуття не покращилося, в тому числі 3 особи (4% незадоволених пацієнтів) зазначили, що воно навіть погіршилося. Також доволі типовою проблемою є виникнення побічних ефектів та ускладнень внаслідок лікування (рис. 4.5). Серед «іншого» респонденти вказували, що процес лікування був тривалим, складним і потребував багато зусиль (5 осіб), а також що на лікування довелося витратити дуже багато грошей (2 особи).

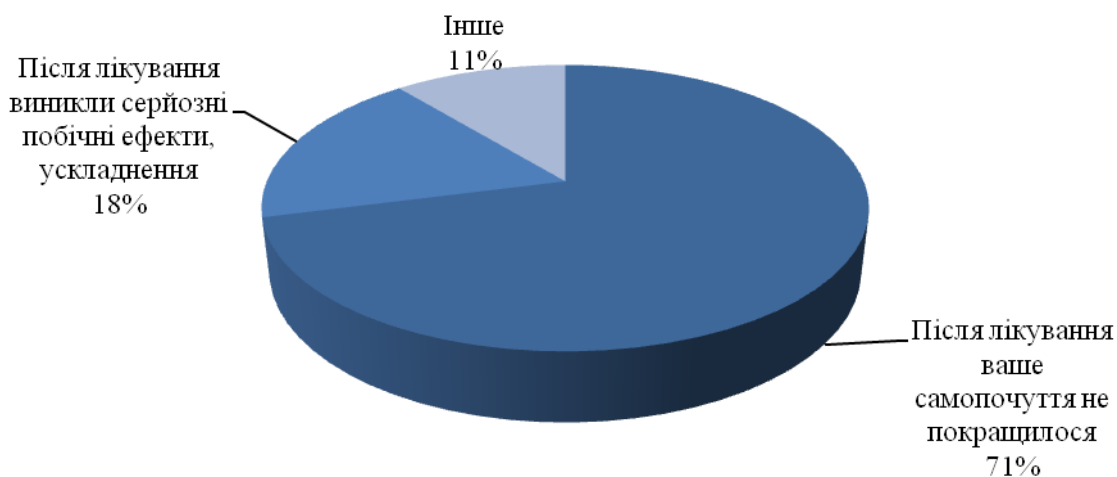


Рис. 4.5. Причини незадоволеності пацієнтів результатами лікування у стаціонарі, % пацієнтів, які не задоволені (n=66)

*Сума дорівнює 100%

Навіть попри свою незадоволеність результатами стаціонарного лікування, понад чверть пацієнтів (29%) готові повернутися до того ж самого медзакладу, якщо в них виникне необхідність пройти аналогічний курс лікування. Ще стільки ж зазначили, що не повернуться за жодних умов (рис. 4.6).

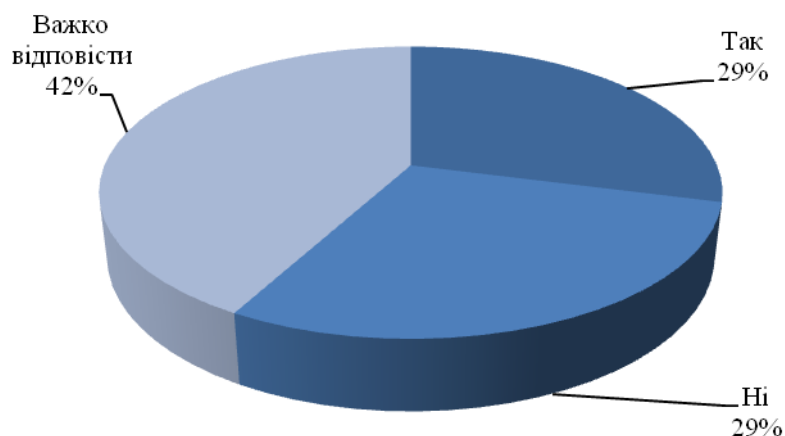


Рис. 4.6. Розподіл відповідей на запитання: «Якщо у Вас (ваших родичів) виникне необхідність пройти аналогічний курс лікування, чи звернетесь Ви до даного медзакладу?», % пацієнтів, які не задоволені результатами лікування (n=66)

*Сума дорівнює 100%

Респонденти в цілому задоволені ставленням до них медпрацівників стаціонару (включаючи лікарів, медсестер, санітарок), якістю прибирання в палаті та організацією оформлення до лікарні, тобто тими аспектами медичного обслуговування, які не потребують додаткових матеріальних затрат з боку медзакладу. Середня оцінка пацієнтами вказаних аспектів лікування у стаціонарі 4-5 балів (де 1 – дуже погано, а 5 – дуже добре) (рис. 4.7). Натомість респонденти значно менше задоволені санітарно-побутовими умовами перебування у стаціонарі (стан палати і санвузла, стан меблів та температурний режим в палаті) і зовсім незадоволені якістю та різноманітністю

харчування і станом постільної білизни. Інакше кажучи, всі проблеми, на які вказували пацієнти стаціонару, пов'язані з хронічним недофінансуванням медичної галузі, а їх вирішення потребує чималих витрат (ремонт у палатах та інших приміщеннях, встановлення нових вікон, заміна меблів) або збільшення поточного фінансування (підвищення якості харчування).



Рис. 4.7. Рівень задоволеності пацієнтів різними аспектами медичного обслуговування у стаціонарі, середні значення**

*Серед респондентів, які проходили лікування у стаціонарі протягом останніх 12 місяців (n=252)

**Оцінка розрахована в програмі SPSS шляхом зважування відповідей респондентів за 5-бальною шкалою, де 1 – дуже погано, а 5 – дуже добре (тобто зростання середнього балу свідчить про вищу оцінку). При цьому варіанти відповіді «важко відповісти» та «не прийнятно» були виключені з аналізу.

Порівняно краще оцінювали умови перебування у стаціонарі мешканці міст Луцьк, Рівне, Івано-Франківськ та Вінниця, тоді як пацієнти у мм. Вознесенськ і Кривий Ріг оцінили їх порівняно гірше (табл. 4.2).

Таблиця 4.2

**Рівень задоволеності пацієнтів різними аспектами медичного обслуговування
у стаціонарі, середні значення** за містами**

	ЗАГАЛОМ (n=252)	Луцьк (n=16)	Рівне (n=26)	Івано-Франківськ (n=37)	Вінниця (n=16)	Первомайськ (n=28)	Хмельницький (n=52)	Черкаси (n=31)	Кривий Ріг (n=21)	Вознесенськ (n=25)
Загальна оцінка	3,5	3,9	3,7	3,7	3,7	3,6	3,5	3,5	3,3	3,1
Ставлення до Вас Вашого лікаря	4,4	4,7*	4,5	4,4	4,1*	4,3	4,3	4,6	4,1	4,1*
Ставлення до Вас медсестер	4,3	4,6	4,4	4,4	4,2	4,5*	4,3	4,4	4,1	3,9*
Ставлення до Вас санітарок	4,2	4,2	4,3	4,2	4,2	4,4	4,2	4,4	4,1	3,8*
Якість прибирання в палаті	4,1	4,0	4,0	4,1	4,6*	4,3	4,1	4,4	3,8	3,7*
Організація оформлення до лікарні	4,0	4,0	4,1	3,9	4,1	3,6	4,3*	3,9	3,7	4,0
Загальний стан палати	3,5	4,1*	3,9*	3,4	3,6	3,3	3,4	3,6	3,4	3,1
Температурний режим в палаті	3,5	4,4*	3,8	3,4	3,3	3,7	3,5	3,5	3,1	2,8*
Стан санвузла	3,3	3,9	3,6	3,8*	3,7	3,1	3,1	3,4	3,1	2,2*
Стан меблів в палаті	3,1	3,8*	3,5*	3,3	3,4	2,8	2,8*	3,2	3,2	2,5*
Якість їжі в їдальні	2,8	2,8	3,1	3,2	3,1	3,0	2,9	2,1*	2,5	2,8
Якість постільної білизни	2,7	3,6*	3,2	3,3*	2,9	2,8	2,2*	2,3	2,1*	2,1*
Різноманітність меню	2,6	2,5	2,4	3,1	3,1	3,0	2,6	1,9*	2,2	2,7

*Відмінності значимі між містом та середнім значенням за масивом загалом

**Оцінка розрахована в програмі SPSS шляхом зважування відповідей респондентів за 5-бальною шкалою, де 1 – дуже погано, а 5 – дуже добре (тобто зростання середнього балу свідчить про вищу оцінку). При цьому варіанти відповіді «важко відповісти» та «не прийнятно» були виключені з аналізу.

Традиційно експерти дещо применшують значимість проблем, які найбільше непокоять пацієнтів під час перебування у стаціонарі, включаючи незадовільний стан палат, меблів, туалетних кімнат, низьку якість харчування у їдальні (табл. 4.3). Натомість вони вказували на низку проблем, про які не говорили самі пацієнти, зокрема на морально застаріле, непрацююче медичне обладнання та відсутність реактивів, витратних матеріалів у лабораторіях стаціонарів.

Таблиця 4.3

**Поширеність окремих проблем у стаціонарах за оцінками експертів, усіх експертів
(n=90)**

	Частка експертів, які вважають її поширеною*	Сер. значення **
Морально застаріле, непрацююче медичне обладнання	32	2,9
Погані умови перебування (стан палат, туалетних кімнат тощо)	21	2,7
Неякісне харчування	19	2,5
Відсутність реактивів, витратних матеріалів у лабораторіях стаціонарів	15	2,3
Складна, погано організована процедура оформлення до стаціонару	4	1,5

*Оцінили поширеність даної проблеми на 4 і 5 балів за п'ятибальною шкалою, де 1 – зовсім не поширена, а 5 – дуже поширена

**Оцінка розрахована в програмі SPSS шляхом зважування відповідей респондентів за 5-бальною шкалою, де 1 – зовсім не поширена, а 5 – дуже поширена (тобто зростання середнього балу свідчить про вищу поширеність). При цьому варіант відповіді «важко відповісти» був виключений з аналізу.

Типовою проблемою при лікуванні у стаціонарі є необхідність оплачувати ті чи інші медичні послуги. Абсолютна більшість опитаних (93%) протягом перебування у стаціонарі хоча б раз платили за ті чи інші медичні товари/послуги, зокрема 83% хоча б раз платили офіційно, 54% – неофіційно, а 2% – як офіційно, так і неофіційно. Більшість пацієнтів купували медикаменти та інші медичні товари. Також досить поширеною є практика оплати за діагностичні процедури та хірургічні втручання. Здебільшого безкоштовними є оформлення медичних довідок, виписок та послуги молодшого медперсоналу (табл. 4.4). Якщо виключити із вказаного переліку медикаменти та товари медичного призначення, то виявиться, що хоча б раз платили за медичні послуги 79% пацієнтів стаціонару, в тому числі 50% – платили офіційно, 52% – платили неофіційно та 2% – платили як офіційно, так і неофіційно.

Таблиця 4.4

Досвід оплати послуг у стаціонарі, % пацієнтів, які потребували послугу

	Платили <u>офіційно</u> , в касу (в т.ч. як благодійні внески)	Платили <u>НЕ офіційно</u> , із рук в руки	Не платили	Сума
Оформлення у стаціонар (госпіталізація) (n=246)	24	10	66	100
Діагностичні процедури (аналізи, УЗД, рентген тощо) (n=247)**	35	24	41	100
Консультацію, огляд лікаря (n=247)	1	22	77	100

	Платили офіційно, в касу (в т.ч. як благодійні внески)	Платили НЕ офіційно, із рук в руки	Не платили	Сума
Медичні маніпуляції (уколи, крапельниці, перев'язки тощо) (n=243)	11	24	65	100
Хірургічне втручання (операцію) (n=82)	21	39	40	100
Оформлення медичних довідок, виписок тощо (n=186)	1	5	94	100
Послуги молодшого медперсоналу (подача суден, заміна білизни тощо) (n=209)	1	14	85	100
Медикаменти, інші медичні товари (шприці, крапельниці, рукавички тощо) (n=247)	75	13	12	100

* Відмінності значимі, якщо перевищують 11%.

**2% пацієнтів платили як офіційно, так і не офіційно

Експерти також підтвердили необхідність для пацієнтів стаціонарів купувати медикаменти та інші медичні товари самостійно (66% експертів вважають таку практику поширеною). Кожен десятий експерт (10%) охарактеризував як поширену практику примусової оплати благодійних внесків. Що стосується необхідності платити за консультації лікарів, проходження діагностичних обстежень, маніпуляції та послуги молодшого медперсоналу, то лише 2-4% експертів вважають таку практику поширеною. Тобто в цілому експерти значно применшують частоту оплати медичних послуг пацієнтами стаціонару.

Навіть попри незначну наповнюваність груп простежуються відмінності між окремими містами щодо оплати різних видів медичної допомоги (табл. 4.5):

- у місті Луцьк переважають офіційні форми оплати за послуги стаціонару, водночас у м. Хмельницький більшість пацієнтів платять неофіційно.
- Плата за госпіталізацію та діагностичні процедури є здебільшого офіційною у містах, за винятком мм. Хмельницький та Черкаси, де більшість госпіталізованих платили неофіційно.
- За консультацію та огляд лікаря пацієнти у містах платять переважно неофіційно, лише у мм. Кривий Ріг (1 респ.) та Луцьк (2 респ.) повідомили, що платили офіційно.
- Оплата за медичні маніпуляції є переважно неофіційною, окрім мм. Луцьк, Первомайськ та Черкаси, де більшість пацієнтів платили офіційно.

Таблиця 4.5

Поширеність оплати (офіційної або неофіційної) за медичні послуги, за містами, осіб

	ЗАГАЛОМ, %*	Вінниця	Вознесенськ	Івано-Франківськ	Кривий Ріг	Луцьк	Первомайськ	Рівне	Хмельницький	Черкаси
Платили офіційно за госпіталізацію	23	6	1	17	3	5	6	12	1	6
Платили неофіційно за госпіталізацію	10	3	0	1	3	0	5	2	5	5
Платили офіційно за діагностичні процедури	33	7	8	9	6	13	11	9	11	9
Платили неофіційно за діагностичні процедури	23	1	7	5	3	0	11	6	14	11
Платили офіційно за консультацію, огляд лікаря	1	0	0	0	1	2	0	0	0	0
Платили неофіційно за консультацію, огляд лікаря	22	0	3	15	2	2	3	5	22	3
Платили офіційно за медичні маніпуляції	10	0	0	0	0	8	7	1	3	7
Платили неофіційно за медичні маніпуляції	23	5	9	9	0	3	1	7	20	4
Платили офіційно за хірургічне втручання	6	1	1	0	3	3	2	2	1	3
Платили неофіційно за хірургічне втручання	13	2	1	3	4	1	3	4	7	7
Платили офіційно за оформлення медичних довідок, виписок	1	1	1	0	0	0	0	0	0	0
Платили неофіційно за оформлення медичних довідок, виписок	4	2	0	0	0	0	1	0	5	1

*Серед тих, хто потребував відповідних послуг

Близько половини (51%) пацієнтів, які платили за ті чи інші види медичної допомоги у стаціонарі, охарактеризували розмір витрат на стаціонарне лікування як дуже високий, неприйнятний для себе. Ще 41% опитаних вважають їх відчутними, але прийнятними. Експерти більш схильні вважати витрати на лікування у стаціонарі прийнятними для пацієнтів. Так, 2% опитаних експертів охарактеризували їх як незначні, ще 61% – як відчутні, але прийнятні для пацієнтів. Дуже високою, непринятною для більшості пацієнтів, на думку експертів, є вартість стаціонарного лікування (31% експертів проти 51% пацієнтів).

Значимих відмінностей між містами не зафіксовано, що вочевидь обумовлено значною похибкою. Виняток становить м. Кривий Ріг, у якому абсолютна більшість респондентів (14 із 17 осіб) охарактеризували витрати на лікування як неприйнятні для себе.

Найчастіше про суму оплати пацієнтам повідомляють медпрацівники в усній формі. Значно рідше їм виписують квитанції для оплати через касу (рис. 4.8).



Рис. 4.8. Джерела інформації про вартість платних послуг, % пацієнтів, які платили за них (n=208)

* Сума перевищує 100%, так як респонденти могли обирати кілька варіантів відповідей

Щоправда, це стосується не всіх міст. Наприклад, у Вінниці, Рівному, Луцьку, Первомайську та Кривому Розі оплата за допомогою квитанцій є усталеною практикою, тоді як в Хмельницькому, Черкасах, Вознесенську та Івано-Франківську вона використовується порівняно рідше (табл. 4.6). Водночас більшість респондентів у Вознесенську зазначили, що інформація про вартість медичних послуг є загальнодоступною та знаходиться на видному місці, тоді як у інших містах її бачила незначна частка пацієнтів.

Таблиця 4.6

Джерела інформації про вартість платних послуг, за містами, осіб*

	ЗАГАЛОМ, % (n=208)	Вінниця (n=15)	Вознесенськ (n=18)	Івано-Франківськ (n=26)	Кривий Ріг (n=17)	Луцьк (n=15)	Первомайськ (n=22)	Рівне (n=25)	Хмельницький (n=49)	Черкаси (n=21)
Вам сказав лікар або інший співробітник медзакладу	71	14	7	16	10	8	14	18	43	18
Самі визначили суму «подяки»	28	0	10	11	5	3	3	1	24	2
Вам виписали квитанцію для оплати послуг	27	9	2	4	7	7	10	12	3	2
Інформація про вартість послуг висить на видному місці	12	0	11	0	1	3	4	5	0	0
Порекомендували знайомі, інші пацієнти	11	1	3	4	5	3	0	2	2	2

*Серед пацієнтів, які хоча б раз платили за них

**Сума перевищує 100%/n, оскільки респонденти могли обирати декілька варіантів відповідей

Отже, зважаючи на низьку охопленість пацієнтів первинною допомогою, зокрема низький рівень звернень задля профілактичного огляду, кожен третій респондент був госпіталізований працівниками швидкої. Опитані здебільшого позитивно оцінюють якість медичної допомоги, отриманої в стаціонарі, і результати лікування. Типовою проблемою при лікуванні у стаціонарі для усіх міст є необхідність оплачувати ті чи інші види медичних послуг, а також незадовільний стан палат, меблів, туалетних кімнат, низька якість їжі та постільної білизни, морально застаріле, непрацююче медичне обладнання.

5. ОЦІНКА РЕСПОНДЕНТАМИ ДОПОМОГИ, ЯКА НАДАЄТЬСЯ У ДЕРЖАВНИХ (КОМУНАЛЬНИХ) МЕДИЧНИХ ЗАКЛАДАХ

В середньому рівень задоволеності респондентів медичною допомогою, яку вони отримували в медичних закладах свого міста, становить 3,3 бали за п'ятибальною шкалою, де 1 – зовсім незадоволені, а 5 – повністю задоволені. Кожен п'ятий респондент (19%) незадоволений нею, 44% опитаних – задоволені, решта утруднилися з відповіддю на дане запитання (рис. 5.1). Експерти також оцінили рівень задоволеності пацієнтів якістю медичної допомоги в середньому на 3,3 бали. Щоправда вони більш схильні до усередненої оцінки «як задоволені, так і незадоволені», ніж самі пацієнти.

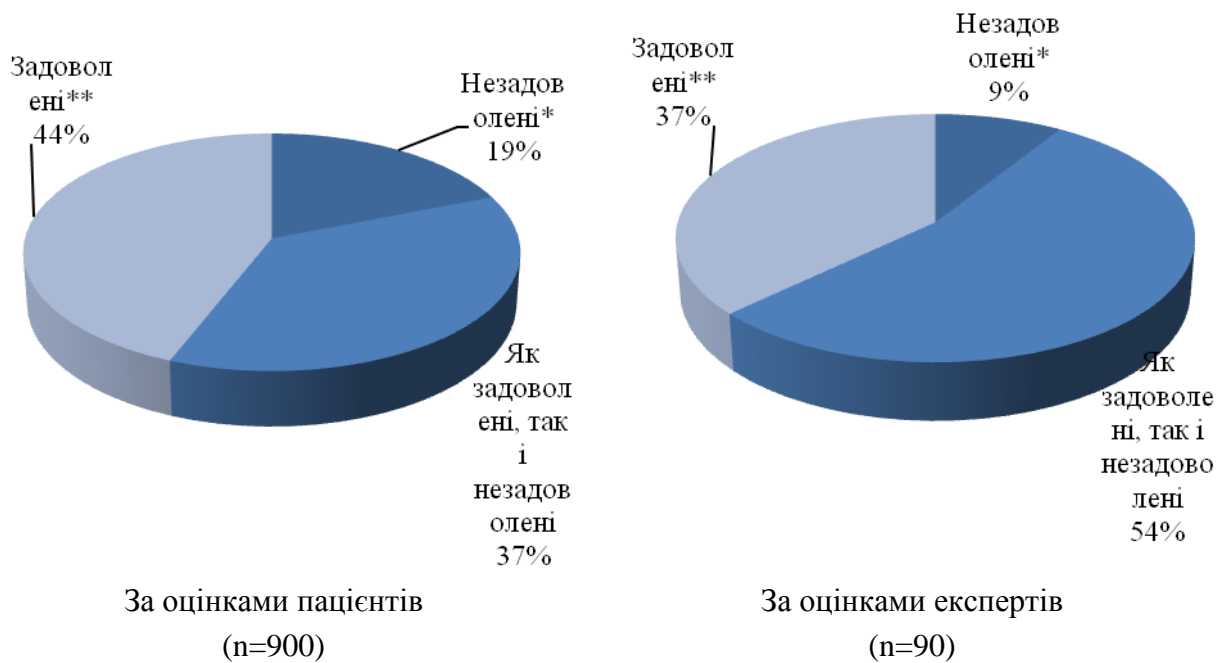


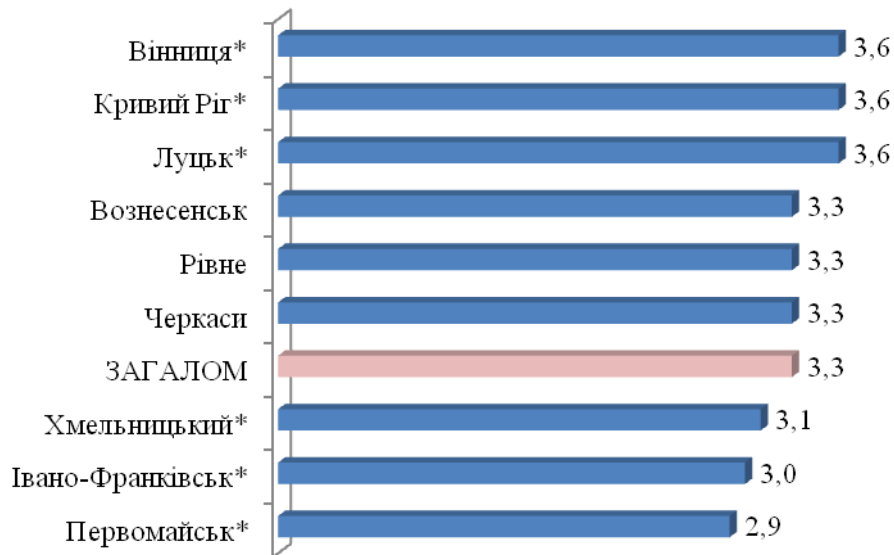
Рис. 5.1. Рівень задоволеності пацієнтів якістю медичної допомоги, за оцінками усіх пацієнтів та усіх експертів, %

*Об'єднані варіанти відповіді «повністю незадоволені» та «скоріше незадоволені»

**Об'єднані варіанти відповіді «повністю задоволені» та «скоріше задоволені»

***Сума дорівнює 100%

Оцінки респондентів якості отриманої меддопомоги суттєво варіюється. При цьому міста чітко розподілилися на три групи: найвище оцінили якість медичних послуг у мм. Вінниця, Кривий Ріг та Луцьк, посередньо – у мм. Вознесенськ, Рівне та Черкаси, а найнижче – у мм. Хмельницький, Івано-Франківськ та Первомайськ (рис. 5.2). Відмінності між вказаними трьома групами є статистично значимими.



*Рис. 5.2. Рівень задоволеності якістю допомоги, яка надається в державних (комунальних) медичних закладах міста, середні значення** за містами*

*Відмінності значимі між містом та середнім значенням за масивом загалом

**Оцінка розрахована в програмі SPSS шляхом зважування відповідей респондентів за 5-бальною шкалою, де 1 – повністю не задоволені, а 5 – повністю задоволені (тобто зростання середнього балу свідчить про вищу задоволеність). При цьому варіант відповіді «важко відповісти» був виключений з аналізу.

Зважаючи на те, що більшість опитаних вже платять (офіційно чи неофіційно) за медичні послуги, 27% готові платити за отримання більш якісних медичних послуг, а 25% принаймні допускають для себе таку можливість. Категорично проти цього 39% опитаних (рис. 5.3). При цьому респонденти зазначали, що вони готові доплачувати лише за дійсно високу якість послуг.

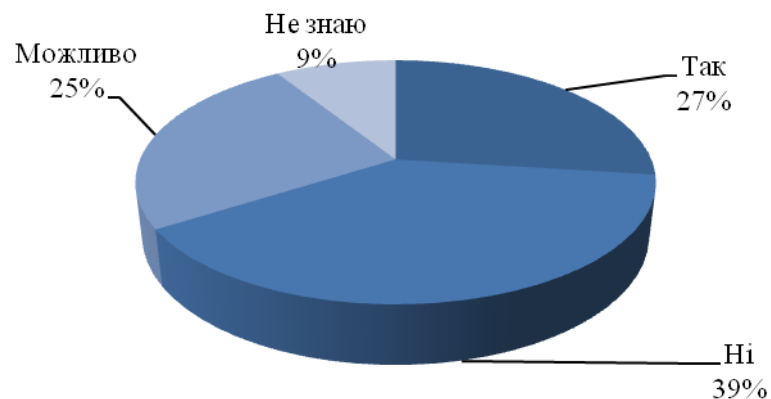


Рис. 5.3. Готовність платити за більш якісні медичні послуги, % усіх пацієнтів (n=900)

*Сума дорівнює 100%

Частка тих, хто готовий платити за більш якісні медичні послуги, серед пацієнтів, незадоволених якістю отримуваних на даний момент медичних послуг, є значимо вищою, порівняно із тими, хто нею задоволений (рис. 5.4). Однак якщо приєднати до них також тих, хто поки що не готовий платити, але в принципі допускає таку можливість, відмінності стануть не значимими.

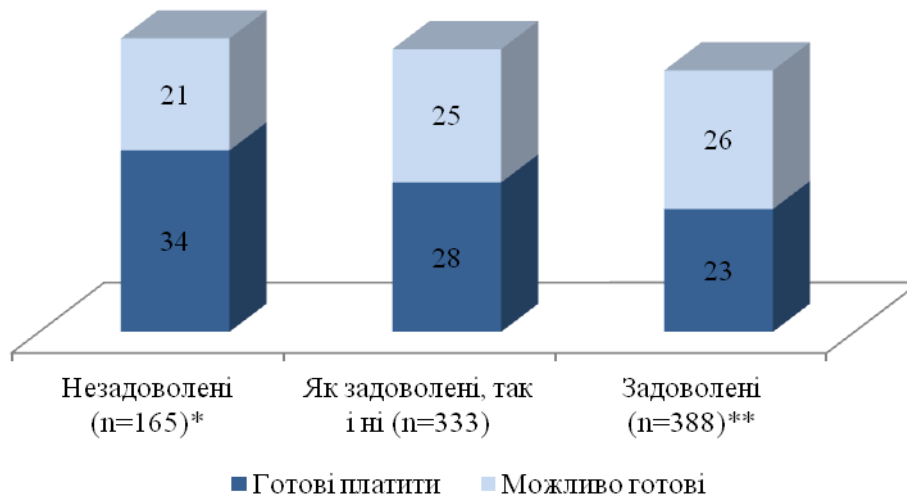


Рис. 5.4. Частка респондентів, які готові платити за більш якісні медичні послуги, залежно від задоволеності якістю медичної допомоги, яку отримують пацієнти, %

*Об'єднані варіанти відповідей «повністю незадоволені» та «скоріше незадоволені»

**Об'єднані варіанти відповідей «повністю задоволені» та «скоріше задоволені»

***Відмінності значимі, якщо перевищують 8%

Інакше кажучи близько половини пацієнтів готові оплачувати більш якісні послуги незалежно від їх оцінки якості отримуваних зараз послуг. Однак це справедливо лише для міст Івано-Франківськ, Вознесенськ, Вінниця, Первомайськ та Рівне. У Хмельницькому таких пацієнтів значимо більше, а в Луцьку, Черкасах та Кривому Розі – значимо менше (рис. 5.5).

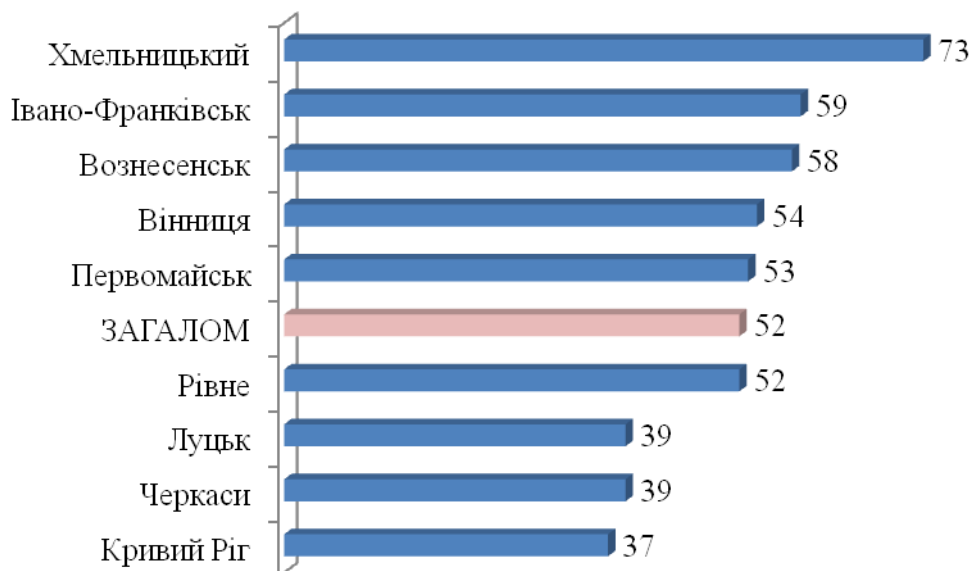


Рис. 5.5. Частка респондентів, які готові (або потенційно готові) платити за більш якісні медичні послуги, за містами % усіх пацієнтів

*Відмінності значимі, якщо перевищують 10%

Майже половині (49%) респондентів протягом минулого року хоча б один раз доводилося відмовлятися від медичних послуг/медикаментів, які були потрібні їм або

їхнім родичам, через неможливість їх оплатити. Найчастіше йшлося про придбання ліків та проходження діагностичних обстежень. 17% опитаних відмовлялися від госпіталізації, а 7% – від хірургічних втручань, тобто від тих видів медичної допомоги, від яких напряду залежить їхнє здоров'я і навіть життя (рис. 5.6).



Рис. 5.6. Частка відмов пацієнтів від необхідних медичних процедур/ліків через брак коштів протягом останніх 12 місяців, % усіх пацієнтів (n=900)

*Сума перевищує 100%, так як респонденти могли обирати кілька варіантів відповідей

За різними містами частка пацієнтів, яким доводилося відмовлятися від лікування, обстеження, придбання необхідних ліків, відрізняється у кілька разів. Найнижчою вона є у Вінниці, найвищою – у Первомайську (табл. 5.1).

Таблиця 5.1

Частка відмов пацієнтів від необхідних медичних процедур/ліків через брак коштів протягом останніх 12 місяців, за містами % усіх пацієнтів (n=900)

	Загалом	Вінниця	Вознесенськ	Івано-Франківськ	Луцьк	Рівне	Хмельницький	Черкаси	Кривий Ріг	Первомайськ
Придбання ліків, призначених лікарем	39	23	26	32	35	34	39	37	56	70
Проходження діагностичних процедур, рекомендованих лікарем	26	12	20	13	27	20	24	28	40	54
Госпіталізації	17	4	18	8	26	9	8	16	28	36
Фізіотерапевтичних та інших лікувальних процедур	9	4	7	1	7	4	3	9	19	26
Хірургічного втручання	7	3	5	4	2	8	4	10	8	22
Не відмовлялися від необхідних медпослуг	51	70	65	59	54	54	52	51	38	17

*Сума перевищує 100%, так як респонденти могли обирати кілька варіантів відповідей

**Відмінності значимі, якщо перевищують 10%

Експерти також стверджують, що пацієнти принаймні інколи відмовляються від медичної допомоги через брак коштів. Найчастіше пацієнти відмовляються від проходження профілактичних обстежень, звертаючись до лікаря лише після погіршення самопочуття. Також досить поширеними є відмова від придбання ліків і проходження діагностичних процедур, призначених лікарем, відмова від відвідування лікаря навіть попри погане самопочуття і навіть – відмови від госпіталізації та хірургічних втручань (табл. 5.2). Варто зазначити, що частка пацієнтів, які зазначили, що протягом останнього року їм (їхнім родичам) доводилося відмовлятися від тих чи інших видів медичної допомоги, значимо не відрізняється від частки експертів, які вважають практику відмови від неї поширеною. Кореляція даних, отриманих з різних джерел, свідчить про їх достовірність.

Таблиця 5.2

Оцінка експертами частоти відмов пацієнтів від необхідних їм медичних процедур/ліків через брак коштів, % усіх експертів (n=900)

	НЕ відмовляються	Рідко	Часто/ дуже часто відмовляються	Сума
Проходження діагностичних процедур, рекомендованих лікарем	14	51	35	100
Придбання ліків, призначених лікарем	8	53	39	100
Госпіталізація	19	56	25	100
Хірургічне втручання	30	50	20	100
Фізіотерапевтичні та інші лікувальні процедури	50	40	10	100
Взагалі не відвідують лікаря попри погане самопочуття	14	56	30	100
Проходження профілактичних обстежень	11	21	68	100

*Відмінності значимі, якщо перевищують 10%

6. АКТИВНІСТЬ ПАЦІЄНТІВ ЩОДО ЗАХИСТУ ВЛАСНИХ ПРАВ

Дві третини опитаних експертів вважають, що пацієнтам, яким була надана неякісна медична допомога, варто звертатися зі скаргами до органів влади, адже це дозволить вирішити проблему конкретного пацієнта, а також виявити системні недоліки та запобігти виникненню подібних проблем у майбутньому. 22% вважають, що цього робити не варто, уточнюючи, що спочатку слід звертатися до керівника медзакладу, оскільки він може краще розібратися в проблемі та оперативно її вирішити (рис. 6.1).

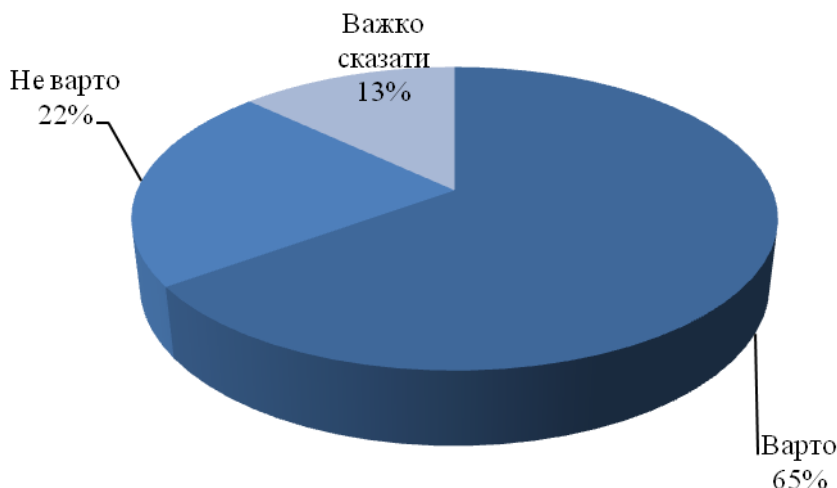


Рис. 6.1. Оцінка доречності звернення пацієнтів, яким була надана неякісна медична допомога, зі скаргами до органів влади, % усіх експертів (n=90)

*Сума дорівнює 100%

Кожен шостий респондент (18%) зазначив, що впродовж 12 місяців, які передували опитуванню, у нього виникало бажання звернутися до органів влади зі скаргою на співробітників державного медичного закладу. Найчастіше про це повідомляли мешканці Кривого Рогу та Первомайська, найрідше – мешканці Луцька (рис. 6.2).

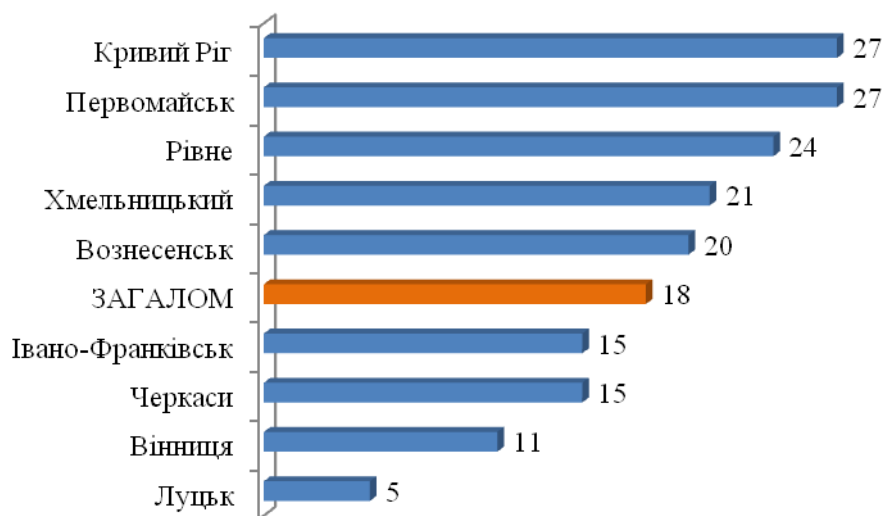


Рис. 6.2. Частка пацієнтів, які протягом останнього року мали бажання поскаржитися на співробітників державних медзакладів, за містами, % усіх пацієнтів (n=900)

* Відмінності значимі, якщо перевищують 10%

Щоправда, реально звернулися зі скаргою на медпрацівника лише 8% з тих, хто мав таке бажання, або 14 осіб, в тому числі 5 осіб у Кривому Розі та по 1-2 особи в інших містах. Третина опитаних, які подавали скаргу (5 осіб із 14), навіть не отримали відповіді на неї. Решта (9 осіб) отримали її, однак лише 1 респондент у Кривому Розі зазначив, що проблему було вирішено, а саме завідуюча поліклінікою дала розпорядження лікарю прийняти пацієнта не за місцем проживання.

Решта говорили про те, що вони отримали формальні «відписки», а реально проблема не була вирішена, або про те, що вищі інстанції переадресовують скарги керівництву тих медзакладів, на співробітників яких вони були написані.

«Звичайні відмовки: немає коштів, мало лікарів тощо» (м. Луцьк).

«Ответ успокоил, но все по-прежнему» (м. Вознесенськ).

«Николаевский облздрав переадресовал жалобу на рассмотрение главврачу в Первомайск, хотя жалоба касалась услуг, предоставленных в Первомайске» (м. Первомайськ).

У деяких випадках відповіддю на скаргу було відверте хамство з боку керівництва медзакладів на адресу пацієнтів.

«Если Вам что-то не нравится – идите в платную больницу, а у нас людей не хватает» (м. Кривий Ріг).

Таким чином, результати дослідження свідчать, що захист пацієнтами власних прав є вкрай проблематичним. Вочевидь, це значною мірою обумовлює пасивність пацієнтів у цій сфері, їхню неготовність боротися за отримання більш якісних медичних послуг.

7. ДУМКИ ЕКСПЕРТІВ ЩОДО НЕВІДКЛАДНИХ ЗАХОДІВ У СФЕРІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я НА МІСЦЕВОМУ РІВНІ

В ході опитування експертів просили відповісти на запитання щодо того, яких заходів варто вжити для покращення здоров'я населення, а також для вдосконалення надання медичної допомоги у медичних закладах їхнього міста.

Для покращення здоров'я населення експертами найчастіше пропонувалися заходи двох типів: ті, які стосуються профілактики захворювань та популяризації здорового способу життя, а також заходи, орієнтовані на вдосконалення діагностики та лікування хвороб, які вже виникли. Останні фактично дублюються із заходами, орієнтованими на вдосконалення надання медичної допомоги, і включають в себе підвищення фінансування медичної галузі, вдосконалення матеріально-технічної бази медзакладів, матеріальне стимулювання медпрацівників за більш якісну роботу і т.п.

Профілактичні заходи, запропоновані експертами, включають:

- Вдосконалення інформаційно-просвітницької роботи з населенням з питань популяризації здорового способу життя, профілактики захворювань, формування у громадян відповідального ставлення до власного здоров'я, підвищення авторитету медпрацівників (про це зазначили 30% опитаних експертів).
- Популяризація фізичної активності та занять спортом серед населення та створення умов для того, щоб громадяни могли ним займатися (безкоштовні спортивні секції для дітей та дорослих, спорудження у місті спортивних майданчиків та вело доріжок, благоустрій місць відпочинку населення – зелених зон, пляжів тощо) (22%).
- Покращення екологічної ситуації в місті, включаючи підвищення якості питної води, зменшення шкідливих викидів в атмосферу, жорсткий контроль за умовами продажу продуктів харчування, вдосконалення системи збору та утилізації твердих побутових відходів, особливо шкідливих для здоров'я (11%).
- Забезпечення регулярного проходження профілактичних оглядів різними категоріями населення (працівниками державних та недержавних підприємств, студентами, пенсіонерами), зокрема стимулювання роботодавців, щоб вони відправляли на профогляди своїх працівників (10%).
- Боротьба зі шкідливими звичками серед населення, підтримка здорового способу життя серед молоді (контроль за виконанням існуючих норм щодо обмеження продажу алкоголю у нічний час, обмеження паління та вживання алкоголю у громадських місцях, інформаційно-просвітницька робота серед учнів та студентів тощо) (10%).
- Зниження цін на ліки для населення (відкриття соціальних аптек), зменшення вартості дорогих обстежень (на кшталт КТ, МРТ) для пацієнтів, зокрема за рахунок часткової компенсації їх вартості за бюджетний кошт (8%).
- Повноцінне використання потенціалу існуючих оздоровчо-рекреаційних закладів для оздоровлення населення та створення нових (4%).
- Загальне підвищення рівня життя населення (3%).
- Профілактика соціально-небезпечних захворювань (3%).
- Вдосконалення ситуації щодо дотримання вимог охорони праці на підприємствах (3%).

Також експерти пропонували конкретні заходи щодо профілактики та своєчасного виявлення тих чи інших захворювань: створення мобільних діагностичних центрів, послуги яких будуть безкоштовними для населення, забезпечення певної кількості волонтерів для проведення вимірювання артеріального тиску та рівня цукру в крові у громадських місцях тощо.

Заходи щодо вдосконалення медичного обслуговування населення, запропоновані експертами, доволі часто взаємно доповнюють один одного та зазвичай потребують суттєвого збільшення фінансування галузі охорони здоров'я. Особливу увагу експерти звертали на такі заходи.

- Вдосконалення матеріально технічної бази медичних закладів, включаючи забезпечення необхідним сучасним діагностичним і лікувальним обладнанням, оновлення парку санітарного транспорту, забезпечення транспортом сімейних амбулаторій, проведення ремонтних робіт там, де це необхідно, тощо (69%). Особливо актуальним, на думку експертів, є перший із вказаних компонентів.

- Забезпечення медичних закладів безкоштовними для пацієнта медикаментами (хоча б частково, особливо тими, що потрібні для надання допомоги у невідкладних станах), реактивами для проведення аналізів і витратними матеріалами, покращення побутових умов та харчування у стаціонарах (42%).

- Збільшення фінансування медичної галузі (27%).

- Запровадження страхової медицини (20%).

- Вдосконалення системи матеріального стимулювання медичних працівників, включаючи підвищення рівня заробітної плати, доплати за підвищення якості обслуговування пацієнтів, забезпечення медпрацівників службовим житлом (20%).

- Вдосконалення структури медичної системи, зокрема чітке розподілення обов'язків між первинною та вторинною ланками медичної допомоги та урегулювання відносини між ними (в тому числі фінансових), розширення мережі сімейних амбулаторій таким чином, щоб вони були в межах пішої доступності для пацієнта, виокремлення невідкладної медичної допомоги в окрему службу (14%).

- Зменшення кількості «паперової» роботи в медичних закладах за рахунок оптимізації кількості форм документації, яка повинна заповнюватися медпрацівниками, комп'ютеризації, запровадження електронного реєстру пацієнтів і запису до лікарів у електронній формі (10%).

- Вирішення кадрових проблем, включаючи повне укомплектування штатів необхідними спеціалістами (особливо це стосується сімейної медицини), залучення молодих спеціалістів, оскільки значна частина співробітників державних/комунальних медзакладів – люди пенсійного віку (9%).

- Контроль за цільовим використанням коштів, подолання корупції, запровадження жорсткої відповідальності для керівництва медзакладів за зловживання службовим становищем (6%).

- Запровадження в державних/комунальних медичних закладах платних послуг і сплати благодійних внесків через термінали (3%).

- Запровадження реальної відповідальності медпрацівників за результати лікування та допущені медичні помилки (3%).

- Стимулювання медпрацівників до підвищення свого професійного рівня, зокрема забезпечити сприятливі умови для відвідування ними конференцій, семінарів та інших подібних заходів (3%).

Кожен десятий експерт (9%) вважає, що місцева влада робить все можливе для вдосконалення медичного обслуговування населення, відповідно для його покращення необхідні системні реформи на державному рівні.

ВИСНОВКИ

Результати проведеного дослідження «Громадська та експертна думка про доступність та якість послуг у сфері охорони здоров'я» в рамках проекту «Партисипативна демократія та обґрунтовані рішення на місцевому рівні в Україні» дали підстави для наступних висновків.

1.1. Реалізована вибіркова сукупність відтворює генеральну сукупність дорослого населення 9 проектних міст за основними соціально-демографічними характеристиками відповідно до даних Державної служби статистики. Середній вік опитаних – 45 років. Самооцінка матеріального становища респондентів демонструє, що кожний другий опитаний (53%) вважає свій матеріальний достаток середнім, 41% – низьким, і лише деякі (4 респ.) зазначили про високий або вище середнього (4%) рівень добробуту.

1.2. Більше половини опитаних експертів (51%) старші 50 років. Більшість експертів (58%) є спеціалістами, які безпосередньо надають медичні послуги: завідувачі закладів/головні лікарі/заступники головних лікарів (55%), завідувачі різними відділеннями (10 респ.), сімейні лікарі (8 респ.), медсестри (4 респ.) і лікарі вузьких спеціальностей (2 респ.). До вибірки кожного з міст також увійшли керівники/заступники відповідних управлінь.

1.3. Оцінюючи стан здоров'я, опитані пацієнти державних (комунальних) закладів охорони здоров'я схильються до переважно позитивних оцінок власного самопочуття (2,8 балів, де 1 – дуже добре, 5 – дуже погано). Значна частина респондентів вважають, що з відповідальністю ставляться до свого здоров'я (60% – «здебільшого відповідально», 21% – «дуже відповідально»), 17% вважають себе безвідповідальними, решта (2%) вагалися з відповіддю на це запитання. Натомість, більшість експертів вважають, що дорослі жителі досліджуваних міст здебільшого безвідповідально ставляться до власного здоров'я, лише третина вважає, що їхнє ставлення є відповідальним. Незважаючи на те, що більшість опитаних пацієнтів стверджують, що відповідально ставляться до власного здоров'я, 68% зізнаються, що хоча б інколи практикують самолікування, 62% – принаймні інколи зволікають зі зверненням до лікарів із явними симптомами хвороб, а 45% – принаймні інколи ігнорують рекомендації, отримані у лікувальних закладах стосовно схем і умов лікування. Більшість опитаних пацієнтів (54%) практикують малорухомий спосіб життя, а близько третини – мають шкідливі звички (34% принаймні інколи зловживають алкоголем, а 26% – палять).

Оцінка якості послуг, що надаються в сімейних амбулаторіях та поліклініках за місцем проживання

2. Якість медичної допомоги опитані пацієнти оцінюють здебільшого позитивно. Значимих відмінностей щодо оцінки якості медичних послуг, які надаються у сімейних амбулаторіях і поліклініках, виявлено не було (середні оцінки 3,4 та 3,3 бали відповідно, де 1 – дуже погано, а 5 – дуже добре).

Проблеми, з якими стикаються респонденти при відвідуванні амбулаторій ЗП-СМ та поліклінік за місцем проживання, можна умовно об'єднати у три групи:

- Недосконала організація прийому, включаючи довгі черги, відсутність лікаря в години прийому, незручний графік прийому та неможливість

попереднього запису на прийом. При цьому беззаперечним лідером серед зазначеного є довгі черги, на які нарікали більшість опитаних. У середньому час очікування у черзі до сімейного лікаря сягав майже годину (58+/-2,3 хвилин).

- Необхідність оплачувати медичні послуги (найчастіше, медичні маніпуляції), особливо в поліклініках за місцем проживання.
- Низька якість консультування сімейними лікарями (незадоволені цією послугою 14% опитаних) та незадоволеність пацієнтів результатами призначеного їм лікування (15%). 60% пацієнтів, не задоволених консультацією лікаря, зазначили, що вони не змогли отримати відповіді на всі свої запитання, що вочевидь пов'язано із перевантаженістю сімейних лікарів та довгими чергами на прийом до них.

Оцінка якості послуг, що надаються в стаціонарах

3. В середньому пацієнти оцінили якість медичної допомоги, отриманої у стаціонарі, на 3,5 балів за п'ятибальною шкалою, де 1 – дуже погано, а 5 – дуже добре. Експерти традиційно були більш оптимістичними, оцінивши її на 3,7 балів. Пацієнти здебільшого задоволені ставленням до них медпрацівників стаціонару (включаючи лікарів, медсестер, санітарок), якістю прибирання в палаті та організацією оформлення до лікарні. Середня оцінка пацієнтами вказаних аспектів перебування у стаціонарі становить 4,0-4,4 балів за п'ятибальною шкалою, де 1 – дуже погано, а 5 – дуже добре. Натомість респонденти значно менше задоволені санітарно-побутовими умовами перебування у стаціонарі (стан палати і санвузла, стан меблів та температурний режим в палаті – 3,1-3,5 балів) і зовсім незадоволені якістю та різноманітністю харчування і станом постільної білизни (2,6-2,8 балів). До вказаних пацієнтами проблем експерти додали також морально застаріле, непрацююче медичне обладнання (вважають таку проблему поширеною 32% опитаних експертів) та відсутність реактивів, витратних матеріалів у лабораторіях стаціонарів (15%).

Типовою проблемою при лікуванні у стаціонарі є необхідність оплачувати ті чи інші медичні послуги. Абсолютна більшість опитаних (93%) протягом перебування у стаціонарі хоча б раз платили за ті чи інші медичні товари/послуги, зокрема 83% хоча б раз платили офіційно, 54% – неофіційно, а 2% – як офіційно, так і неофіційно. Більшість пацієнтів купували медикаменти та інші медичні товари (88%), оплачували діагностичні процедури (58%) та хірургічні втручання (59%). Здебільшого безкоштовними є оформлення медичних довідок, виписок (лише 6% платили за них) та послуги молодшого медперсоналу (14%).

Загальна оцінка якості медичної допомоги

4. У середньому рівень задоволеності респондентів медичною допомогою, яку вони отримували в медичних закладах свого міста, становить 3,3 бали за п'ятибальною шкалою, де 1 – зовсім незадоволені, а 5 – повністю задоволені. Кожен п'ятий респондент (19%) незадоволений нею, 44% опитаних – задоволені, решта утруднилися з відповіддю на дане запитання. Експерти також оцінили рівень задоволеності пацієнтів якістю медичної допомоги в середньому на 3,3 бали.

Для оцінки доступності та якості послуг, що надаються державними (комунальними) закладами охорони здоров'я у містах було використано 8 критеріїв:

1. *Задоволеність якістю допомоги, яка надається у державних/комунальних медичних закладах міста.* Середні оцінки розраховувались на основі відповідей респондентів на запитання «Наскільки Ви в цілому задоволені якістю допомоги, яка надається у державних (комунальних) закладах Вашого міста (де 1 – повністю незадоволені, а 5 – повністю задоволені)?»

2. *Якість медичної допомоги в амбулаторії ЗП-СМ.* Середні оцінки розраховувались на основі відповідей респондентів на запитання «Оцініть, будь ласка, Ваше загальне враження стосовно якості медичної допомоги, яку Ви отримували у сімейній амбулаторії за останні 12 місяців (де 1 – дуже погано, а 5 – дуже добре)?»

3. *Задоволеність консультацією сімейного лікаря.* Середні оцінки розраховувались на основі відповідей респондентів на запитання «Чи задоволені Ви консультацією лікаря (де 1 – повністю незадоволені, а 5 – повністю задоволені)?»

4. *Задоволеність результатами лікування в амбулаторії ЗП-СМ.* Середні оцінки розраховувались на основі відповідей респондентів на запитання «Чи задоволені Ви результатами лікування, яке Вам призначив лікар (де 1 – повністю незадоволені, а 5 – повністю задоволені)?»

5. *Якість медичної допомоги в поліклініці.* Середні оцінки розраховувались на основі відповідей респондентів на запитання «Оцініть, будь ласка, Ваше загальне враження стосовно якості медичної допомоги, яку Ви отримували у поліклініці за останні 12 місяців (де 1 – дуже погано, а 5 – дуже добре)?»

6. *Задоволеність послугами поліклініки.* Середні оцінки розраховувались на основі відповідей респондентів на запитання «Якою мірою Ви задоволені (де 1 – повністю незадоволені, а 5 – повністю задоволені): а) професіоналізмом лікаря; б) графіком прийому лікаря; в) обслуговуванням з боку медичних сестер; г) ставленням до Вас лікаря; д) чистотою приміщень, коридорів; е) доступністю, станом туалетних кімнат; є) часом очікування для отримання послуг; ж) доступністю інформації про послуги, які надаються у закладі, умови їх отримання; з) доступністю послуг; к) результатами змін у стані здоров'я?»

7. *Якість медичної допомоги у стаціонарах.* Середні оцінки розраховувались на основі відповідей респондентів на запитання «Оцініть, будь ласка, Ваше загальне враження стосовно якості медичної допомоги, яку Ви отримували під час лікування у стаціонарах за останні 12 місяців (де 1 – дуже погано, а 5 – дуже добре)?»

8. *Задоволеність умовами перебування у стаціонарі.* Середні оцінки розраховувались на основі відповідей респондентів на запитання «Оцініть, будь ласка, за 5-ти бальною шкалою (де 1 – дуже погано, а 5 – дуже добре): а) загальний стан палати; б) стан меблів в палаті; в) температурний режим в палаті; г) стан санвузла; д) якість їжі в їдальні; е) різноманітність меню; є) якість постільної білизни; ж) якість прибирання в палаті; з) ставлення до Вас Вашого лікаря; к) ставлення до Вас медсестер; л) ставлення до Вас санітарок; м) організацію оформлення до лікарні?»

Результати загальної оцінки доступності та якості медичних послуг свідчать, що в цілому пацієнти здебільшого позитивно оцінюють отримані послуги (в межах 3-4 балів).

Найкращі показники виявилися у мм. Луцьк (3,9 балів) та Івано-Франківськ (3,8 балів), а найгірші – в мм. Вознесенськ (3,4 бали) та Первомайськ (3,2 бали).

Таблиця 8

За оцінками доступності та якості послуг у сфері охорони здоров'я, середні значення**

	Луцьк	Івано-Франківськ	Рівне	Вінниця	Хмельницький	Черкаси	Кривий Ріг	Вознесенськ	Первомайськ
Загальна оцінка	3,9	3,8	3,7	3,7	3,7	3,5	3,5	3,4	3,2
Задоволеність якістю допомоги, що надається у державних/ комунальних медичних закладах міста	3,6	3,0	3,3	3,6	3,1	3,3	3,6	3,3	2,9
Якість медичної допомоги в амбулаторії ЗП-СМ	3,9*	4,3*	3,8*	3,5	4,2*	3,5*	3,4	3,3	2,9
Задоволеність консультацією сімейного лікаря	4,4*	4,3*	4,0*	3,7	4,4*	3,7*	3,8	3,5	3,4*
Задоволеність результатами лікування в амбулаторії ЗП-СМ	4,5*	4,7*	3,9*	3,9	4,4*	3,8*	3,8	3,5	3,3*
Якість медичної допомоги в поліклініці	3,5	3,2	3,5	3,6*	3,2	3,2	3,2	3,3	2,8
Задоволеність послугами поліклініки	3,8	3,8	3,9	3,9*	3,6	3,7	3,4	3,7	3,3
Якість медичної допомоги у стаціонарах	3,8*	3,6*	3,7*	3,8*	3,3*	3,4*	3,5*	3,6*	3,1*
Задоволеність перебуванням у стаціонарі	3,9*	3,7*	3,7*	3,7*	3,5*	3,5*	3,3*	3,1*	3,6*

*З огляду на низький рівень охоплення респондентів послугами, результати їх опитування слід використовувати із застереженням

**Оцінки розраховані в програмі SPSS шляхом зважування відповідей респондентів за 5-ти бальною шкалою, тобто зростання середнього балу свідчить про кращі показники. При цьому варіанти відповіді «важко відповісти» та «не хочу відповідати» були виключені з аналізу.

Більше половини респондентів готові платити за отримання більш якісних медичних послуг (27%) або принаймні допускають для себе таку можливість (25%). Категорично висловились проти цього 39% опитаних.

5. Результати дослідження свідчать про зневіреність більшості пацієнтів у можливості захисту своїх прав. Вочевидь, це значною мірою обумовлює їх пасивність і

неготовність боротися за отримання більш якісних медичних послуг. Зокрема кожен п'ятий респондент (18%) зазначив, що впродовж 12 місяців, що передували опитуванню, у нього виникало бажання звернутися до органів влади зі скаргою на співробітників державного медичного закладу. Щоправда, реально звернулися зі скаргою на медпрацівника лише 8% з тих, хто мав таке бажання (14 осіб). Отримали відповідь на свою скаргу лише 9 осіб із 14, в тому числі лише в одному випадку проблему, якої стосувалася скарга, було реально вирішено.

6. Пропозиції експертів щодо нагальних заходів по реформуванню системи охорони здоров'я в цілому співвідносяться з тими проблемами, на які найчастіше нарікали пацієнти. Зокрема останні досить часто скаржилися на необхідність купувати ліки і товари медичного призначення та їх високу вартість, платити за діагностичні обстеження як в стаціонарі, так і в поліклініці, незадовільний стан палат і меблів у стаціонарі та низьку якість харчування. Експерти також у якості першочергових заходів вказали необхідність покращити матеріально-технічну базу медзакладів та забезпечити їх безкоштовними медичними препаратами, а також реактивами та витратними матеріалами для проведення діагностики. Більшість заходів для вдосконалення медичного обслуговування населення, запропоновані експертами, потребують збільшення витрат із державних і місцевих бюджетів на систему охорони здоров'я.

Підсумовуючи результати проведеного дослідження, слід зазначити про наявність значних резервів для підвищення ефективності роботи комунальних закладів охорони здоров'я та покращення якості медичних послуг. Основними проблемами, на вирішення яких варто зосередити увагу в більшості міст, є:

- невисока самооцінка стану здоров'я населення;
- незначна частка звернень для профогляду;
- низький рівень охоплення послугами сімейних лікарів;
- довгі черги на прийом, що часто викликано браком кадрів та недисциплінованістю самих пацієнтів;
- низький відсоток госпіталізації через направлення лікарем, часто пацієнти потрапляють у стаціонари перебуваючи у критичному стані;
- дотримання натуральних норм харчування в стаціонарах;
- незадовільні побутові умови в лікарнях;
- проблеми з матеріально-технічним забезпеченням ЗОЗ (брак необхідного обладнання, реактивів тощо);
- високий рівень оплати, особливо за діагностичні послуги;
- брак прозорої інформації щодо вартості послуг;
- значний рівень поширеності неофіційних платежів;
- відсутність інформаційних технологій та наступності в роботі закладів;
- значна частка відмов від лікування через брак коштів.