



Національна служба
здоров'я України

Проект USAID Підтримка реформи охорони здоров'я



**ЗВІТ ЗА РЕЗУЛЬТАТАМИ
ДОСЛІДЖЕННЯ «ОЦІНКА ПОВЕДІНКИ
ПРОВАЙДЕРІВ ПЕРВИННОЇ МЕДИЧНОЇ
ДОПОМОГИ У ВІДПОВІДЬ НА
ВВЕДЕННЯ КАПІТАЦІЇ»**

Подяки

З 2018 року проект USAID «Підтримка реформи охорони здоров'я» надає технічну підтримку Міністерству охорони здоров'я України, Національній службі охорони здоров'я України та іншим державним установам та постачальникам медичних послуг. Проект «Підтримка реформи охорони здоров'я» реалізовується за фінансової підтримки, яку надає Агентство США з міжнародного розвитку (USAID) та програма Уряду Великої Британії «Good Governance Fund»

Авторами документу є Максим Дуда (кандидат економічних наук, старший радник з питань фінансування та економіки у сфері охорони здоров'я проекту USAID «Підтримка реформи охорони здоров'я»), Ірина Курінна (технічний радник з питань фінансування охорони здоров'я та економіки проекту USAID «Підтримка реформи охорони здоров'я»), Олег Сороцинський (молодший спеціаліст з фінансування охорони здоров'я проекту

USAID «Підтримка реформи охорони здоров'я»), Карлос Авіла (директор з питань фінансування у сфері охорони здоров'я, The Palladium Group), Денис Сілфверберг (технічний радник з питань фінансування та економіки охорони здоров'я, The Palladium Group) та колектив Київської школи економіки: Павло Яворський, Вадим Бізяєв, Максим Обрізан, Марина Шевченко.

Автори також хочуть висловити подяку представникам Національної служби охорони здоров'я України. Крім того, автори хотіли б відзначити роль Елізабет Віларояль (керівника проекту USAID «Підтримка реформи охорони здоров'я») в координації та наданні технічних рекомендацій. Ми також дуже вдячні за підтримку та допомогу USAID Україна та програмі Уряду Великої Британії «Good Governance Fund» Співробітники Проекту вдячні за внесок кожній людині, яка брала участь у створенні цього документа.

Дисклеймер

Цей документ підготовлено за підтримки Агентства США з міжнародного розвитку (USAID), наданої від імені народу Сполучених Штатів Америки, та Програми Уряду Великої Британії «Good Governance Fund», наданої від імені народу Великої Британії. Відповідальність за зміст цього документу, який необов'язково відображає погляди USAID, Уряду Сполучених Штатів Америки, UK aid або Уряду Великої Британії, несе виключно компанія ТОВ «Делойт Консалтинг» в рамках контракту No72012118C00001.

Рекомендовані формати посилання:

Проект USAID «Підтримка реформи охорони здоров'я» (Київ, 2020). Звіт за результатами дослідження «Оцінка поведінки провайдерів первинної медичної допомоги у відповідь на введення капітації»

Звіт за результатами дослідження «Оцінка поведінки провайдерів первинної медичної допомоги у відповідь на введення капітації» / Проект USAID «Підтримка реформи охорони здоров'я». Київ, 2020.

ЗМІСТ

ПЕРЕЛІК СКОРОЧЕНЬ	6
ТЕРМІНОЛОГІЯ	7
1. РЕЗЮМЕ	9
2. ВСТУП	12
2.1. Опис ситуації та необхідність проведення оцінки	12
2.2. Напрями дослідження	13
2.3. Зміст звіту	14
3. МЕТОДОЛОГІЯ	16
3.1. Дослідницькі питання	16
3.2. Використані дані та формування вибірки	18
3.3. Обмеження дослідження	22
4. АНАЛІЗ РЕЗУЛЬТАТІВ	24
4.1. Оцінка обсягу споживання послуг ПМД через вимірювання кількості та тривалості відвідувань пацієнтами лікаря / відвідувань лікарем пацієнтів	24
4.1.1. Оцінка структури споживання послуг ПМД	24
4.1.2. Відмінності у структурі споживання послуг відповідно до організаційної та територіальної ознак надавача ПМД	33
4.1.3. Порівняння кількості та структури пацієнтів за даними дослідження та офіційної статистики. Відмінності в навантаженні між типами закладів	39
4.2. Оцінка кількості направлень та виявлення найпоширеніших практик роботи лікарів ПМД щодо направлень	40
4.2.1. Оцінка кількості та структури направлень	40
4.2.2. Визначення факторів впливу на застосування направлень відповідно до діагнозів та характеристик пацієнтів	44
4.3. Оцінка якості надання медичних послуг за трьома основними діагнозами: «Гіпертонія», «Бронхіальна астма», «Діабет»	47
4.3.1. Характеристика пацієнтів	47
4.3.2. Перебіг захворювання, основні та супутні діагнози	50
4.3.3. Повнота надання послуг та якість лікування	57
4.4. Узагальнення досвіду лікарів ПМД щодо надання медичних послуг пацієнтам після запровадження капітації: бажані та небажані зміни	68

4.4.1. Описова характеристика лікарів ПМД.....	68
4.4.2. Розуміння трудових відносин та системи оплати. Задоволеність роботою та запровадженням капітації.....	71
4.4.3. Структура робочого часу, організація праці.....	72
4.4.4. Взаємодія з пацієнтами.....	75
4.4.5. Професійний рівень та удосконалення навичок.....	76
4.4.6. Аналіз рекомендацій та побажань лікарів.....	78
4.4.7. Визначення індикаторів впливу на задоволеність лікарів.....	79
4.5. Узагальнення досвіду головних лікарів закладів ПМД щодо управління закладом ПМД після запровадження капітації.....	81
4.5.1. Описова характеристика головних лікарів закладів ПМД.....	81
4.5.2. Задоволеність роботою та запровадженням капітації.....	83
4.5.3. Основні зміни в організації роботи закладу після введення капітації та рекомендації щодо удосконалення системи капітаційного фінансування.....	84
4.5.4. Достатність, професійний рівень та удосконалення навичок лікарів.....	84
4.5.5. Управлінський потенціал головних лікарів.....	85
4.6. Узагальнення досвіду пацієнтів щодо споживання послуг ПМД та практики надання послуг ПМД після запровадження капітації.....	87
4.6.1. Оцінка загальної якості, доступності, своєчасності, сучасності ПМД.....	87
4.6.2. Оцінка лікарського професіоналізму.....	89
4.6.3. Оцінка змін після запровадження капітації.....	90
4.6.4. Аналіз рекомендацій та побажань пацієнтів.....	92
4.7. Огляд та аналіз даних щодо організаційної та матеріальної спроможності закладів ПМД надавати повний обсяг послуг ПМД (фінансові, адміністративні та операційні дані).....	92
4.7.1. Організаційний потенціал надання ПМД. Відмінності між типами закладів.....	92
4.7.2. Аналіз фінансових показників діяльності закладів ПМД.....	104
4.7.3. Аналіз матеріального забезпечення та відповідності нормативам. Реформування та інвестиційна діяльність.....	108
4.7.4. Аналіз ефективності та продуктивності: розрахунок вартості одиниці послуги ПМД відповідно до оціненого навантаження.....	111
5. ВИСНОВКИ.....	114
6. ДОДАТКИ.....	116
Додаток 1. Карта «Розподіл закладів дослідження».....	117

Додаток 2. Карта «Кількість лікарів присутніх на робочому місці в день проведення дослідження» 118	
Додаток 3. Карта «Середня тривалість одного візиту до лікаря ПМД».....	119
Додаток 4. Карта «Середня кількість візитів на 1 лікаря за день»	120
Додаток 5. Карта «Відсоток підписаних декларацій»	121
Додаток 6. Лінійні ймовірнісні моделі визначення характеристик пацієнтів, які впливають на оцінку змін у діяльності ПМД після 1 січня 2019 року.....	122
Додаток 7. Кількість закладів ПМД та опитаних пацієнтів, які потрапили до вибірки дослідження, з розподілом за областями	126
Додаток 8. Повний перелік закладів ПМД, які потрапили до вибірки дослідження	127

ПЕРЕЛІК СКОРОЧЕНЬ

ЗПСМ	–	загальна практика – сімейна медицина
НСЗУ	–	Національна служба здоров'я України
ПМД	–	первинна медична допомога
ПШВ	–	пікова швидкість видиху
СМД	–	спеціалізована медична допомога
ЦПМСД	–	центр первинної медико-санітарної допомоги

ТЕРМІНОЛОГІЯ

Територія доступності (ТД) – сукупність територій населених пунктів у межах однієї території планування, відстань і шляхи сполучення між якими дозволяють забезпечити доступність ПМД найменшою можливою кількістю місць надання ПМД з урахуванням граничної потужності спроможної мережі надання ПМД та загальної кількості мешканців цих населених пунктів.

Амбулаторія – амбулаторія групової або монопрактики, регулярне місце надання ПМД не менше ніж двома (одним – для монопрактики) лікарями, розташоване в межах центральної ТД або периферійної ТД першого порядку.

Загальний час прийому – чистий денний час, протягом якого лікар проводив прийом пацієнтів. Визначається як сума тривалості всіх проведених за день прийомів. Не включає проміжків між прийомами та інших затримок.

Поліклініка – у рамках цього дослідження – заклад первинної медичної допомоги, заснований шляхом реструктуризації поліклініки широкого профілю.

Лікарня – заклад первинної медичної допомоги, заснований шляхом реструктуризації поліклініки при лікарні широкого профілю.

Заклад / провайдер ПМД – будь-який тип закладу, який надає первинну медичну допомогу і має договір з Національною службою здоров'я України.

Користувач ПМД – особа (пацієнт), яка має декларацію про медичне обслуговування з відповідним закладом первинної медичної допомоги.

Центр первинної медко-санітарної допомоги (ЦПМСД) – регулярне місце надання ПМД не менше ніж сімома лікарями, розташоване в межах центральної ТД.

Фуфломіцини – лікарські засоби з недоведеною ефективністю.

РЕЗЮМЕ

1. РЕЗЮМЕ

У цьому дослідженні зібрано статистичні дані щодо обсягу наданих послуг, проаналізовано знеособлені медичні дані вибірки пацієнтів та зроблено висновки щодо достатності проведеної діагностики, відповідності призначеного лікування, динаміки показників стану здоров'я хворих, оцінено частоту та достатність звернень, проаналізовано призначені лікарські засоби на предмет сумісності з основним захворюванням та (не)належності до препаратів без доведеної клінічної ефективності.

У середньому лікарі ведуть прийом пацієнтів протягом 4,5 години на день та приймають 20,6 пацієнта. Середня тривалість візиту одного пацієнта становить 13 хвилин. Не існує значущої різниці в кількості прийнятих пацієнтів одним лікарем ПМД залежно від типу закладу. Більшість пацієнтів – це жінки, їх частка в загальній кількості пацієнтів становить від 61% до 66% залежно від типу закладу. Доступ до ПМД мають усі категорії населення, в тому числі уразливі групи.

Головними причинами візиту до закладу стали гострі симптоми хвороби (34%) та регулярні візити до лікаря (20%). Це може вказувати на часткове виконання первинною ланкою однієї з основних вимог Всесвітньої організації сімейних лікарів (WONCA) щодо одночасного лікування як гострих, так і хронічних захворювань і станів. У середньому за рік 69% пацієнтів отримували 10 і більше послуг ПМД (під послугою маються на увазі звернення до лікаря, вакцинація, здача аналізів, отримання рецептів та довідок тощо). Пацієнти загалом позитивно оцінюють роботу лікарів.

У середньому один лікар ПМД робить 15 направлень до спеціалістів на кожні 100 візитів пацієнтів. Найвищий середній рівень направлень – у лікарів ПМД з досвідом роботи менше 10 років (18 направлень на 100 візитів). Під час дослідження не виявлено збільшення / зменшення кількості направлень пацієнтів на вторинну ланку після впровадження капітаційної оплати, що свідчить про збереження традиційних підходів до направлень пацієнтів.

Опитування головних лікарів показало, що майже 60% закладів мають дефіцит кадрового забезпечення, особливо у віддалених амбулаторіях. Найкращою кадровою ситуацією є в лікарнях: лише 33% закладів цього типу повідомили про проблеми з відсутністю медичного персоналу. Лікарі загалом задоволені своєю роботою (78,5%) та зазначають, що задоволеність збільшилася після введення капітації (71,1%). В середньому кожен лікар виконує до десяти домашніх візитів до пацієнтів за тиждень. При цьому 46,6% лікарів вказують, що вік пацієнта є дуже важливим для них при прийнятті рішення про необхідність домашнього візиту.

Опитування лікарів ПМД показало, що 51,5% респондентів змінили стиль своєї роботи. При цьому методи та підходи роботи лікарів не змінилися (64%). Лікарі відмічають збільшення обсягів консультування телефоном та особливо – зміну відносин між лікарями та пацієнтами. Лікарі вважають, що пацієнти стали більш вимогливими як до лікарів, так і до закладу загалом. Більшість лікарів запевнили, що проводять профілактичні огляди пацієнтів, однак тільки 12% респондентів змогли назвати точне число станів, щодо яких потрібно проводити профілактичні огляди відповідно до наказу МОЗ України від 19.03.2018 № 504 «Про затвердження Порядку надання первинної медичної допомоги».

У 2018 році ЦПМСД, амбулаторії та поліклініки вже почали отримувати кошти від НСЗУ (25%, 20% та 7% відповідно у структурі всіх доходів закладу). У 2019 році у всіх закладах ПМД основним джерелом доходів були кошти, отримані від НСЗУ: у лікарнях – 92%, в ЦПМСД – 84%, в амбулаторіях – 92% та в поліклініках – 51%. Місцеві програми продовжують грати важливу роль у фінансовій підтримці функціонування амбулаторій (22%), у той час як для ЦПМСД (12%), поліклінік (15%) та лікарень (7%) значення місцевих програми зменшилося. Відбулися певні зміни у структурі видатків закладів ПМД. Найбільшу питому вагу становлять видатки на оплату праці. Для фонду оплати праці характерним є скорочення частки оплати медсестер та збільшення частки оплати лікарів. Якщо у 2018 році частка витрат на оплату праці медсестер у фонді оплати праці була основною статтею видатків і становила 39–47%, то у 2019 році вона впала до 36–40%. Існує певна різниця у структурі фонду заробітної плати між лікарями та медсестрами: у останніх вищою є частка окладу, в той час як у лікарів більшою є частка премій.

Дослідження показало, що рівень заробітної плати не пов'язаний із задоволеністю пацієнтів та лікарів ПМД. Також існують відмінності у вартості (витратах) одного візиту пацієнта до лікаря в залежності від типу закладу ПМД, так і в залежності від типу населених пунктів, де розміщено ці заклади. За типом закладів найдешевша вартість одного візиту – в ЦПМСД при лікарнях та у амбулаторіях (за загальними витратами 125 та 131 грн відповідно). Трохи вищою є вартість візиту в ЦПМСД: 152 грн. Найбільша вартість одного візиту – в поліклініках: 193 грн.

ВСТУП

2. ВСТУП

2.1. Опис ситуації та необхідність проведення оцінки

Перехід на нову систему фінансування надання послуг первинної медичної допомоги з 2018 року передбачає введення капітаційної ставки, котру отримує заклад ПМД за кожного пацієнта, з яким підписано декларацію про медичне обслуговування. Така модель фінансування покладає на заклад ПМД низку зобов'язань щодо якості, вчасності та обсягу надання медичних послуг відповідно до Порядку надання первинної медичної допомоги¹. Очікується, що пацієнти будуть звертатись до свого сімейного лікаря (а не до вторинної ланки) на ранніх етапах складних захворювань, що приведе до зменшення виявлення складних випадків на пізніх стадіях; це, у свою чергу, знизить кількість випадків, які потребують ресурсомісткого лікування. Разом з тим, робота лікаря ПМД має бути націлена на результат лікування та профілактичні заходи, що покликано з часом покращити показники здоров'я населення. Адже саме якісна ПМД – один із найбільш «розумних» підходів до реалізації принципу «Здоров'я для всіх»².

Запровадження лише системи капітаційної оплати не є достатнім стимулом для значних змін у ПМД. Капітація без додаткових стимулів та регулювання через моніторинг певних індикаторів роботи не є ідеальною системою, хоча і є простою в адмініструванні. Капітаційна оплата на поточному етапі не має прямого зв'язку зі зростанням ефективності діяльності провайдерів ПМД та може призвести до таких негативних наслідків їхньої діяльності:

- збільшення направлення пацієнтів одразу на вторинний рівень медичної допомоги;
- відсутність мотивації здійснювати якісне лікування;
- селективність щодо пацієнтів через відсутність стимулів лікувати пацієнтів, які потребують додаткової уваги;
- надання неповного обсягу послуг.

Це дослідження дозволяє описати та проаналізувати надання послуг у системі ПМД на старті запровадження капітаційної оплати послуг ПМД, а також описати зміни, які відбулися у функціонуванні закладів ПМД, з точки зору управління, організації надання послуг, їхньої якості та доступності. У дослідженні оцінюється обсяг споживання послуг ПМД та їхня структура; порівнюється реальний обсяг наданих послуг із заявленим провайдерами; аналізується вплив різних чинників на обсяг споживання, оцінюється вартість одного візиту для різних типів закладів та типів населених пунктів; описуються практики контролю та лікування трьох нозологій, які

¹ Про затвердження Порядку надання первинної медичної допомоги: наказ МОЗ України від 21.03.2018 № 504. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z0348-18>.

² Keeping the promise of universal health coverage. URL: <http://www.euro.who.int/en/health-topics/health-policy/sustainable-development-goals/news/news/2019/12/keeping-the-promise-of-universal-health-coverage>.

включено до програми «Доступні ліки»: гіпертонічної хвороби, цукрового діабету і бронхіальної астми.

Розуміння поточної поведінки провайдерів ПМД у відповідь на впровадження нових методів фінансування (капітації як методу оплати послуг цієї ланки) також може допомогти особам, які приймають рішення у сфері охорони здоров'я, у проведенні коригування механізмів оплати в майбутньому. Крім того, результати цього дослідження можуть бути корисними НЗСУ при запровадженні системи індикаторів для моніторингу провайдерів ПМД у довгостроковій перспективі.

2.2. Напрями дослідження

З урахуванням обмежень наявності даних, які можна було б використати для аналізу роботи закладів ПМД, метою дослідження став збір інформації, яка б допомогла відповісти на питання щодо:

- обсягу використання послуг ПМД з точки зору кількості відвідувань і тривалості одного відвідування;
- кількісного вимірювання обсягів направлень до спеціалізованої медичної допомоги (СМД) та визначення основних факторів у процесі прийняття такого рішення лікарями ПМД;
- оцінки якості медичної допомоги шляхом оцінки процесів і методів лікування трьох вибраних нозологій (діагнозів) – гіпертонічної хвороби, бронхіальної астми та цукрового діабету;
- досвіду лікаря з введенням капітаційної оплати, зокрема позитивних і негативних стимулів, для кращого розуміння поведінки провайдера ПМД, сприйняття поліпшень і супутніх наслідків;
- досвіду користувачів ПМД (пацієнтів) у процесі взаємодії з первинною ланкою охорони здоров'я з точки зору оперативності, доступності, своєчасності та сприйняття якості обслуговування;
- потенціалу ПМД для надання медичних послуг з точки зору структури, процесу і бюджету шляхом збору інформації про структуру (обладнання, інфраструктура, доступ для пацієнтів з обмеженими можливостями), організацію (адміністративні процедури, плани якості, робочі / неробочі години) і фінанси (доходи, витрати, структура бюджету та структура надходжень).

2.3. Зміст звіту

У Розділі 3 цього звіту описано інструменти, що використовувались для збору інформації про діяльність закладів ПМД, роботу лікарів, опитування пацієнтів, а також подано загальну характеристику вибірки закладів, з яких отримано дані.

Розділ 4 – основний – поділено таким чином, щоб кожен підрозділ надавав найбільше інформації відповідно до наведеного вище переліку питань.

Наприкінці звіту зроблено висновки, які може бути враховано при прийнятті рішень щодо змін та удосконалення політики реформування системи первинної медичної допомоги.

МЕТОДОЛОГІЯ

3. МЕТОДОЛОГІЯ

Відповідно до вищезгаданих напрямів дослідження, аналіз ситуації здійснено на основі інформації, зібраної з трьох джерел:

- центри (амбулаторії) первинної медичної допомоги;
- лікарі ПМД та управлінці закладів (головні лікарі / директори);
- пацієнти.

Використання даних з різних джерел дозволяло провести відповідну триангуляцію.

Щоб отримати розуміння стану системи кожною з цих груп респондентів, до розроблених окремих для кожної групи опитувальників було додано схожі запитання. Такий підхід обрано з огляду на значні проблеми з наявністю та якістю даних через те, що ресурси системи електронної охорони здоров'я наразі обмежені.

У процесі дослідження проведено опитування окремо лікарів первинної ланки та головних лікарів закладів ПМД. Додатково було проведено інтерв'ювання пацієнтів на виході з закладів ПМД. Для отримання інформації щодо навантаження лікарів здійснено хронометраж роботи лікарів. Фінансові дані отримано від закладів у вигляді офіційних відповідей на запит інформації для цього дослідження. Дані щодо інфраструктури та практики надання послуг ПМД збиралися через запити і прямі спостереження інтерв'юєрів.

3.1. Дослідницькі питання

Це дослідження сфокусовано на таких шести питаннях.

1. Вимірювання використання послуг ПМД за кількістю відвідувань та тривалістю одного відвідування

На основі інформації з хронометражу про час та кількість пацієнтів планувалось надати описову статистику та визначити відмінності у використанні ПМД у сільських та міських закладах, у різних географічних регіонах, а також у закладах різних форм (ЦПМД, амбулаторія, реформована поліклініка, лікарня). Крім того, планувалось зібрати офіційну статистику щодо кількості пацієнтів та провести оцінку кількості можливих «приписок» в офіційній статистиці – пацієнтів, які ніколи не відвідували клініку, але були зареєстровані як відвідувачі.

2. Вимірювання кількості направлень до спеціалізованої медичної допомоги та визначення основних причин прийняття рішень про необхідність направлення, оцінка раціональності

Для верифікації та отримання більш точної кількості направлень планувалось порівняти результати опитування лікарів та пацієнтів. Зокрема, визначити ключові детермінанти причин направлень з боку лікаря (досвід, вік, стать, попередня спеціалізація з огляду на те, що більшість лікарів первинної медичної допомоги пройшли перепідготовку після 2011 року) та пацієнта (причини відвідування, соціально-демографічні характеристики, належність до вразливих груп населення тощо). Враховуючи кількість відвідувачів, визначити частку направлень у загальній кількості відвідувань ПМСД та визначити характеристики закладів з найбільшою часткою направлень.

3. Оцінка якості надання ПМД шляхом аналізу процесів та методів лікування трьох обраних нозологій (гіпертонії, астми та діабету)

Планувалось зібрати інформацію з медичних карток пацієнтів із закладів для трьох обраних діагнозів («Гіпертонія», «Астма» та «Діабет») і порівняти заклади / лікарів за якістю процесів та методів лікування. Використовуючи характеристики провайдерів ПМД (сільський / міський, географічний регіон, тип провайдера), визначити основні характеристики, пов'язані з кращим доглядом. Крім того, проаналізувати кількість пацієнтів, частку направлень та робоче навантаження лікаря як потенційні фактори впливу.

На додаток до описаного, представити розподіл груп пацієнтів з точки зору, наприклад, артеріального тиску або глікозильованого гемоглобіну, визначити групу, яка добре контролюється та піддається лікуванню, створити моделі поведінки для тих, хто перебуває під контролем, та провести логістичну регресію для виявлення незалежних провісників, пов'язаних з «добрими результатами». Є багато факторів, що впливають на ці результати, і якість лікування є лише одним із них.

4. Вивчення досвіду лікарів із введенням капітаційної оплати, опис позитивних та негативних стимулів та поведінки провайдера послуг ПМД. Визначення покращень та непередбачуваних наслідків

Інструменти обстеження включають багато факторів, які можуть вплинути на задоволеність лікаря від запровадження капітації. До них належать досвід лікаря, вік, стать, робоче навантаження, попередня спеціалізація, практика застосування направлень, премії тощо. Планувалося використати регресійний аналіз, щоб визначити, які фактори пов'язані з більшим задоволенням від реформи. Використовуючи дані опитувань, планувалося порівняти рівень задоволеності лікарів та головних лікарів.

5. Вивчення досвіду користувачів медичних послуг (пацієнтів) під час взаємодії з провайдером ПМД з точки зору чуйності, доступності, своєчасності та сприйняття якості послуги

Під час інтерв'ю планувалось отримати від пацієнтів оцінку змін після реформи за різними аспектами (якість обслуговування, зручність, особисте ставлення лікарів, поширеність неформальних платежів тощо), щоб виявити потенційні фактори покращення (погіршення) якості після впровадження капітації. Використовуючи характеристики пацієнта (причини відвідування, демографічні показники тощо), а також характеристики провайдерів ПМД (сільський / міський, географічний регіон, тип закладу), визначити ключові фактори задоволеності пацієнтів.

6. Аналіз спроможності провайдерів ПМД щодо надання медичних послуг з точки зору структури, процесу та бюджету. Збір структурної інформації про заклади ПМД (людські ресурси, обладнання, інфраструктура, доступ для пацієнтів з обмеженими можливостями тощо), організаційної (адміністративні процедури, плани якості, робочі часи) та фінансової інформації (загальний бюджет та видатки, структура надходжень)

Для висвітлення цього питання планувалося порівняти наявне в закладах обладнання та інфраструктуру з нормативною кількістю згідно з табелем оснащення та вимогами до закладів ПМД, щоб оцінити потребу в додатковому обладнанні. Також планувалося оцінити обсяги інвестицій, які заклади вже вклали у свою інфраструктуру. Крім того, планувалося оцінити рівень доступу пацієнтів та задоволеність наявним обладнанням, зручність адміністративних процедур та робочого часу. Залежно від повноти отриманої інформації планувалося зробити попередні висновки щодо ефективності та продуктивності закладів ПМД.

3.2. Використані дані та формування вибірки

Перелік використаних даних згруповано відповідно до джерел походження.

А) ЦПМСД (амбулаторії)

Згідно з нашою методологією, основними об'єктами в цьому дослідженні є заклади ПМД, котрі уклали договір з Національною службою здоров'я України (НСЗУ) та є комунальними некомерційними підприємствами.

На час проведення дослідження, за даними НСЗУ, було підписано договори з 1 026 закладами ПМД, які функціонували у 453 сільських, 278 міських та 295 змішаних територіях.

До вибірки дослідження потрапили 163 заклади (**Додаток 1**) з зазначених 1 026 з усіх регіонів України. Заклади було обрано випадковим чином, вони мають не менше 2 000 декларацій кожен. Ми припустили, що 15% з усієї кількості закладів покращать свій результат діяльності після впровадження капітаційної оплати, 5% знизять ефективність, а решта не покажуть змін у результатах діяльності. Отже, для достовірного аналізу нам потрібно використати інформацію від 155 закладів у цьому дослідженні. До цієї кількості було додано 5% інших закладів для зменшення ризику, коли обрані заклади не зможуть надати інформацію.

З усіх 163 обраних закладів було зібрано інформацію для всіх компонентів дослідження. Дані зібрано двома підходами.

Перший підхід – безпосереднє спостереження. Представники соціологічної агенції особисто відвідали всі обрані заклади в різні дні тижня та зафіксували інформацію щодо:

- робочих годин закладу;
- відповідності між фактичною і заявленою кількістю лікарів, присутніх у відповідний день / час;
- можливі способи реєстрації / запису на візит до лікаря за допомогою Інтернету, телефону тощо;
- інфраструктурних зручностей, у тому числі для маломобільних груп населення.

Також дослідники провели хронометраж робочого часу лікарів під час прийому ними пацієнтів у закладі.

Усі ці відомості з деталізацією характеристик, які підлягали перевірці, було включено в інструмент (анкету) для збору даних. Було проведено попереднє тестування інструментів у трьох закладах трьох областей, які в подальшому не включалися до сформованої вибірки закладів. Інтерв'юери працювали принаймні один повний робочий день у кожному закладі ПМД.

Другий підхід полягав у зборі даних на основі офіційних запитів, надісланих безпосередньо до закладів ПМД та частково – до місцевих органів влади (власників закладу). Так було отримано дані про:

- робочі години закладу;
- кількість приписаного населення, відсоток декларацій та електронних медичних записів;
- кількість лікарів, медсестер та адміністративного персоналу;
- доходи та видатки;
- капітаційні надходження за 2018 рік та 9 місяців 2019 року.

Також використано різноманітні уточнювальні дані з відкритої бази даних НСЗУ.

Б) Лікарі ПМД та керівники закладів

Було проведено напівструктуровані інтерв'ю з лікарями та керівниками закладів ПМД тривалістю до однієї години.

Керівники закладів та лікарі відповідали на запитання стосовно надання послуг, основних причин для направлень пацієнтів до закладів, що надають СМД, ставлення до механізму капітаційної оплати та інше.

Кінцеві респонденти (лікарі) визначалися випадковим чином під час візиту до закладу. В кожному з обраних 163 закладів було взято інтерв'ю в одного керівника та одного лікаря, які працювали в день візиту.

Під час проведення інтерв'ю лікарям ставилися запитання про їхню роботу і взаємодію з пацієнтами. Перелік запитань анкети охоплював такі теми:

- процес прийняття рішень про направлення пацієнтів до закладу / спеціаліста СМД;
- практика стимулювання громадян до підписання декларації;
- практика надання пацієнтам особистої контактної інформації (телефон, адреса електронної пошти);
- практика відвідувань пацієнтів удома;
- необхідність впровадження стимулів для досягнення лікарями ключових показників ефективності та більш успішних клінічних результатів;
- готовність до догляду та лікування хворого на туберкульоз та способи мотивації;
- сприйняття лікарями змін, які відбулися після впровадження капітаційної оплати;
- готовність до ведення медичної документації в електронному вигляді;
- непередбачувані (небажані) наслідки реформи;
- практика лікування трьох основних нозологій (діагнозів): гіпертонії, бронхіальної астми та цукрового діабету (включаючи практику використання клінічних настанов і призначення ліків відповідно до програми «Доступні ліки»). Ідентифікатори медичних записів пацієнтів було знеособлено: вони містять тільки вік та стать. Загалом було зібрано записів з 1 470 медичних карток. Щодо кожного пацієнта було зібрано інформацію про три останні візити до відповідного лікаря ПМД. Записи досліджено на предмет складності випадку, періодичності відвідувань, достатності медичних записів та проведеної діагностики, призначення ліків з доведеною ефективністю тощо.

В інтерв'ю з керівниками закладів ПМД увага зосереджувалась на вивченні їхньої управлінської спроможності та досвіду. Керівникам закладів ставилися запитання, які допомагали виявити зміни у функціонуванні закладів ПМД, що відбулися після введення механізму капітаційної оплати:

- договірні відносини з іншими юридичними особами, такими як лабораторії тощо;

- обсяг інвестицій в інфраструктуру / медичне обладнання з 1 січня 2019 року, впровадження нових посад, зміни в часі роботи закладу, в тому числі у вихідні та святкові дні, навчання персоналу Міжнародної класифікації первинної медичної допомоги (ICPC-2), використання міжнародних клінічних рекомендацій тощо;
- сприйняття керівниками змін, які відбулися після впровадження капітаційної оплати, в тому числі можливих поліпшень до та після;
- непередбачені наслідки впровадження капітаційної оплати;
- перелік фактично наявного обладнання згідно з договором з НСЗУ;
- можливе запровадження стимулів або штрафних санкцій за умови досягнення / недосягнення окремих ключових показників ефективності та успішних клінічних результатів;
- готовність до впровадження системи моніторингу та оцінки;
- наявність процесів забезпечення якості та системи зворотного зв'язку з пацієнтами;
- наявність механізмів контролю за роботою і навчанням персоналу;
- готовність до роботи з електронними медичними записами;
- готовність до догляду та лікування хворого на туберкульоз та способи мотивації;
- наявність бізнес-плану закладу ПМД.

В) Пацієнти

На цьому рівні було опитано пацієнтів на виході з закладів ПМД (екзит-пол). Загалом було опитано 2 108 пацієнтів (**Додаток 7**). У середньому в кожному закладі опитано в середньому по 13 осіб різних вікових категорій, яких було обрано випадковим чином.

У ході інтерв'ю ставились запитання до пацієнта про його / її останній візит та отримані послуги. Оцінювався досвід пацієнта щодо отримання медичної допомоги первинного рівня після впровадження механізму капітаційної оплати. У разі візиту дітей інтерв'юер опитував батьків (або інших представників).

Також було поставлено запитання щодо належності пацієнтів до окремих груп (люди з інвалідністю, безхатченки, ветерани АТО тощо). Ці запитання в анкеті допомогли нам визначити наявність вразливих точок у системі ПМД для таких груп пацієнтів. У цьому ж модулі містилися запитання про типи захворювань. Крім того, в анкеті були інші теми, наприклад:

- доступність ПМД (у робочі та позаробочі години);
- соціально-демографічні характеристики респондентів;
- час очікування в черзі;
- інформація про отримані направлення;
- можливість запису до лікаря за допомогою Інтернету, телефону тощо;
- можливість отримати зворотний зв'язок від закладу ПМД (побажання, скарги);
- задоволеність роботою лікаря та всього закладу;

- надання спеціалізованих порад, консультування щодо здорового способу життя тощо.

3.3. Обмеження дослідження

Можна визначити такі наявні обмеження:

- недостатність інформації в електронній системі охорони здоров'я, щоб перевірити всі отримані дані;
- пацієнти мають не дуже хороше розуміння якості, але вони можуть надати оцінку загального рівня задоволеності від використання послуг ПМД;
- деякі теми могли бути чутливими для пацієнтів, особливо коли питання стосувались дітей та уточнення діагнозу;
- керівники та лікарі інколи могли не хотіти говорити на деякі теми, які, на їхню думку, можуть мати вплив на них.

У ході дослідження було використано різні підходи для зменшення впливу вказаних вище обмежень. Наприклад, застосовано методику тріангуляції, поставлено однакові запитання різним типам респондентів. Крім того, при проведенні інтерв'ю увага респондентів акцентувалась на тому, що всі відповіді є повністю анонімними і будуть використані тільки в агрегованому вигляді, таким чином, неможливо з'ясувати, хто надав конкретні відповіді.

АНАЛІЗ РЕЗУЛЬТАТІВ

4. АНАЛІЗ РЕЗУЛЬТАТІВ

4.1. Оцінка обсягу споживання послуг ПМД через вимірювання кількості та тривалості відвідувань пацієнтами лікаря / відвідувань лікарем пацієнтів

4.1.1. Оцінка структури споживання послуг ПМД

Для оцінки структури та обсягу споживання послуг ПМД було визначено кількість лікарів у закладах ПМД (як загальну, так і за зміну), а також оцінено тривалість (**Додаток 3, Додаток 8**), кількість візитів пацієнтів і загальний час прийому лікарями в закладах ПМД. Заклади у вибірці суттєво відрізняються за кількістю лікарів – від одного (21,1%) до шести і більше (31,6%) (**Рисунок 1**). Майже половина лікарів протягом робочого дня проводить від 10 до 20 прийомів (49,3%), а 35,5% лікарів проводять від 20 до 30 прийомів (**Рисунок 2**). У середньому при 8-годинній тривалості робочого дня закладу ПМД лікар приймає 20,6 пацієнта (при 9-годинній роботі – 21,7 пацієнта, при 10-годинній – 19,7 пацієнта) (**Додаток 4**).



Рисунок 1. Розподіл кількості лікарів ПМД під час візиту до закладу, відсотків

Джерело: обстеження «Хронометраж»

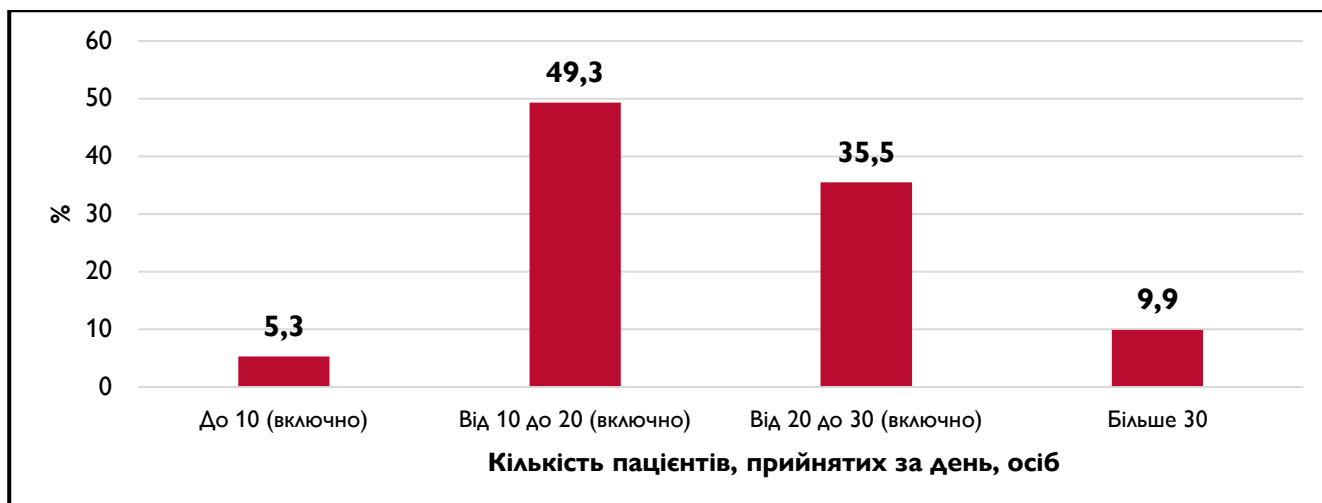


Рисунок 2. Розподіл кількості пацієнтів, прийнятих лікарем ПМД протягом робочих годин, відсотків
Джерело: обстеження «Хронометраж»

Середня тривалість візиту одного пацієнта становить від 12 до 15 хвилин (30,9%) та від 9 до 12 хвилин (30,3%) (**Рисунок 3**) – це відповідає опитуванню лікарів (обстеження «Сімейні лікарі»). Питома вага коротких візитів (до 9 хвилин) становить 19,1%, а дуже довгих (понад 18 хвилин) – 5,3% від загальної чисельності. При цьому загальний час прийому лікарем ПМД за день становить переважно від 4 до 5 годин (26,3%) або від 3 до 4 годин (25,7%). Частка лікарів, які мають дуже малий загальний час прийому (менше 3 годин), становить 3,3%, а дуже велику (понад 6 годин за день) – 8,6% (**Рисунок 4**).

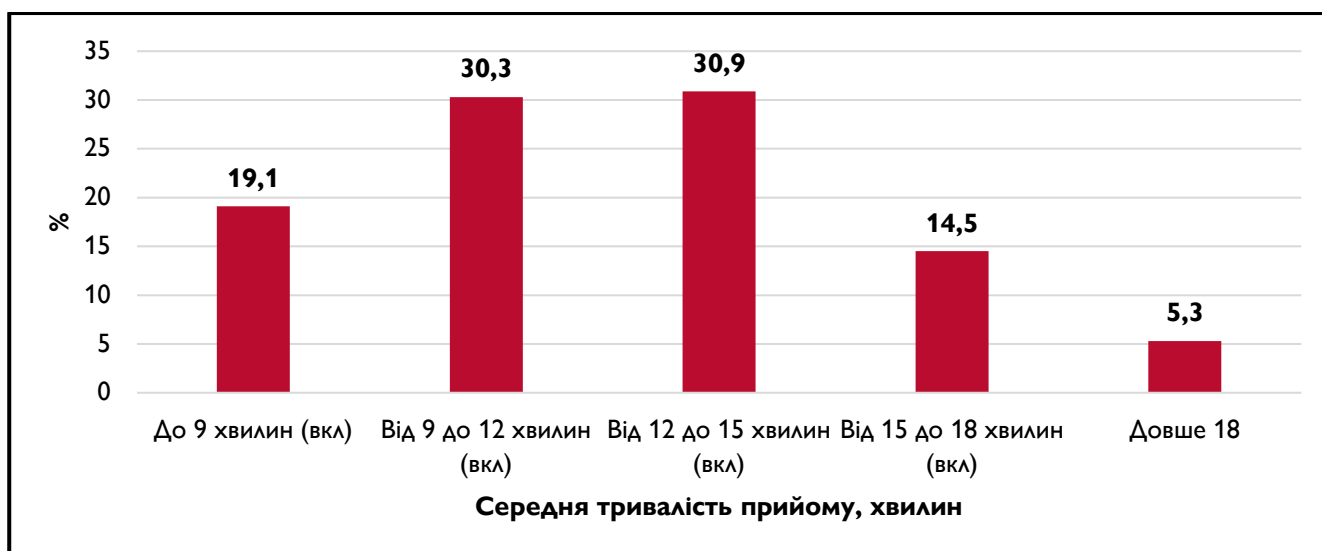


Рисунок 3. Розподіл середньої тривалості прийому одного пацієнта, відсотків
Джерело: обстеження «Хронометраж»

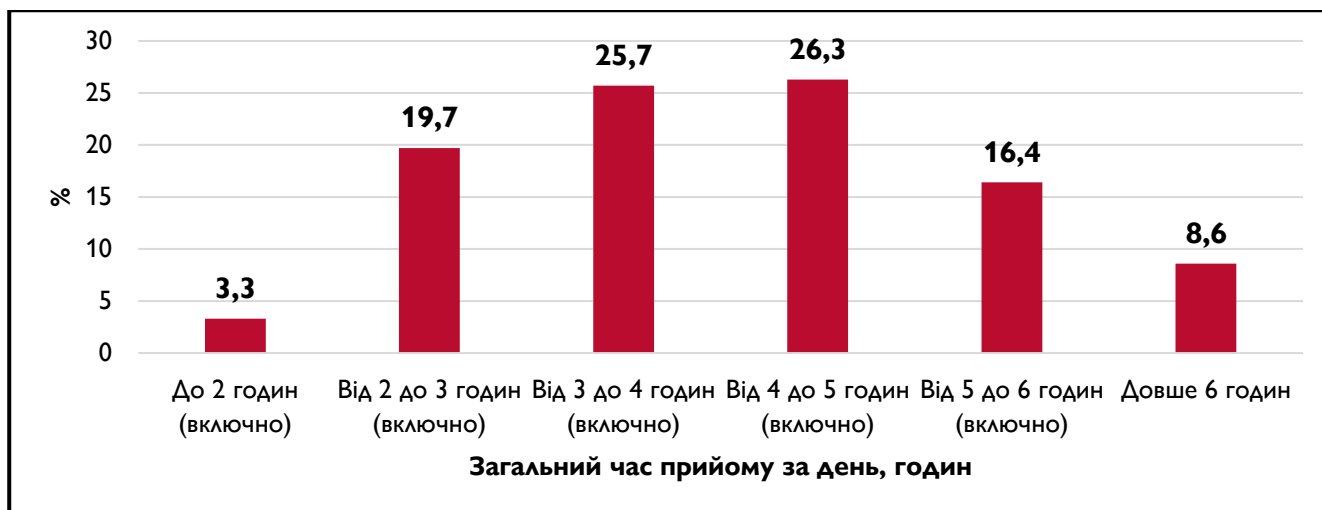


Рисунок 4. Розподіл загального часу прийому лікарем, відсотків

Джерело: обстеження «Хронометраж»

Встановлено відмінності в навантаженні лікарів ПМД залежно від дня тижня (Рисунок 5). Найбільше пацієнтів одним лікарем приймається в понеділок (22,1 особи), на другому–третьому місці – п’ятниця (21,5 особи) та середа (21,2 особи). Найменше пацієнтів приймається в четвер (19,5 особи). Така ситуація може бути пов’язана з особливостями звернення по медичну допомогу, які склалися в країні традиційно. Зокрема, в понеділок традиційно зверталися до лікаря ті пацієнти, стан здоров’я яких погіршився у зв’язку з гострим захворюванням чи загостренням хронічної хвороби, наприкінці робочого тижня чи у вихідні дні; у п’ятницю навантаження на лікарів зростало через звернення з причини закриття листків тимчасової непрацездатності для працюючого населення або оформлення документації (направлення на консультацію до іншого закладу, додаткові обстеження тощо) у випадку продовження хвороби чи виникнення ускладнень перебігу захворювання у пацієнта. Щодо середи, то традиційно в більшості амбулаторно-поліклінічних закладів цей день тижня виділявся для прийому диспансерних хворих, які перебували на обліку, або для прийому дітей до одного року – так званій «малюковий день». Тому поки що кардинальних змін стосовно зміни робочого навантаження лікарів за днями тижня не відбулося. Це також може бути пов’язано як зі збереженням звичок населення щодо звернення по медичну допомогу, так і з досить коротким строком проведення реформи³.

³ Лобас М.В. Деякі питання організації первинної медико-санітарної допомоги сільському населенню Черкаської області / М.В. Лобас // Україна. Здоров’я нації. 2018. № 1 (47). С. 62–67.

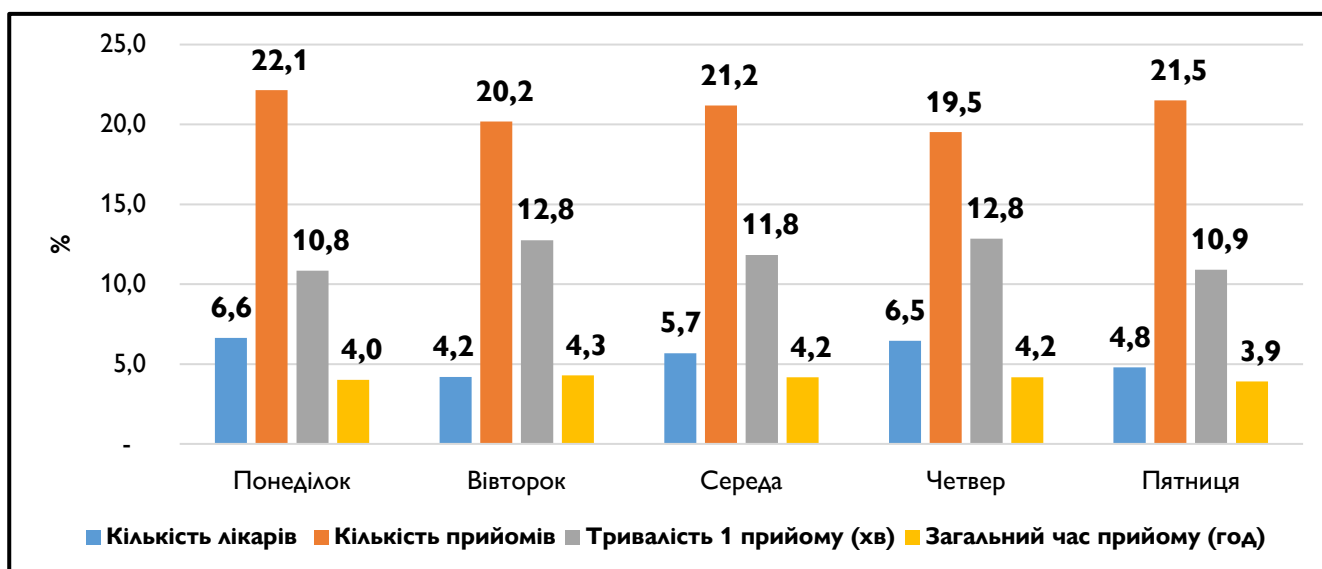


Рисунок 5. Розподіл показників прийому протягом тижня, відсотків

Джерело: обстеження «Хронометраж»

Такі показники пояснюють і зміни в тривалості одного візиту: в понеділок, середу та п'ятницю візит коротший, ніж у вівторок та четвер (відповідно 10,8 хвилини, 10,9 хвилини та 11,8 хвилини проти 12,8 хвилин), а загальна тривалість робочого дня лікаря значно не відрізняється (3,9–4,3 години). Це може свідчити про збільшення навантаження на лікаря в ці дні тижня, що потребує як оптимізації потоків пацієнтів (наприклад, шляхом попереднього запису та проведення комунікативної кампанії з пацієнтами), так і перегляду окремих функціональних обов'язків, наприклад, середнього медичного персоналу та лікарів.

Кількість пацієнтів, прийнятих одним лікарем ПМД, не відрізняється за типом закладу (**Таблиця 1**). У середньому за день лікар ПМД приймає 21 пацієнта – це відповідає опитуванню лікарів, які в середньому приймають 23,4 пацієнта (обстеження «Сімейні лікарі»). Найбільше встигає прийняти лікар ПМД у лікарнях (22,2 особи). Найменше пацієнтів приймають у ЦПМСД і в закладах ПМД, які було реорганізовано на базі поліклінік, – тут лікар ПМД приймає майже на 1,5 пацієнта менше (20,8 та 20,7 особи відповідно).

	Загалом	ЦПСМД	Амбулаторія	Лікарня	Поліклініка
Середні показники на 1 лікаря					
Середня кількість прийомів на 1 лікаря	21,1	20,8	21,5	22,2	20,7
Розподіл за статтю					
Середня кількість прийомів чоловіків	7,6	7,4	8,8	7,1	10,0
Середня кількість прийомів жінок	13,2	13,1	12,5	14,9	10,7
Розподіл за віком					
Середня кількість прийомів (0–5 років)	2,0	1,7	3,8	1,2	5,0
Середня кількість прийомів (6–17 років)	2,6	2,4	4,1	1,4	5,3
Середня кількість прийомів (18–39 років)	5,0	4,6	5,4	8,1	2,9
Середня кількість прийомів (40–65 років)	7,0	7,3	4,9	8,1	4,1
Середня кількість прийомів (65+ років)	4,0	4,3	3,2	3,2	3,3
Розподіл за статтю та віком					
Середня кількість прийомів чоловіків (0–5 років)	0,9	0,6	1,8	0,8	2,7
Середня кількість прийомів чоловіків (6–17 років)	1,4	1,3	2,1	0,6	3,0
Середня кількість прийомів чоловіків (18–39 років)	1,6	1,5	1,8	2,4	1,1
Середня кількість прийомів чоловіків (40–65 років)	2,5	2,6	2,2	2,3	1,9
Середня кількість прийомів чоловіків (65+ років)	1,2	1,3	1,0	1,0	1,3
Середня кількість прийомів жінок (0–5 років)	1,2	1,1	2,1	0,4	2,3
Середня кількість прийомів жінок (6–17 років)	1,2	1,1	2,0	0,9	2,3
Середня кількість прийомів жінок (18–39 років)	3,4	3,1	3,6	5,7	1,8
Середня кількість прийомів жінок (40–65 років)	4,5	4,7	2,7	5,8	2,2
Середня кількість прийомів жінок (65+ років)	2,8	3,0	2,2	2,2	2,0

Таблиця 1. Структура кількості прийомів лікарями в розрізі типів закладів

Джерело: обстеження «Хронометраж»

Більшість пацієнтів становлять жінки – їх частка в загальній кількості варіює від 58% до 67% залежно від типу закладу (**Таблиця 1**). Крім того, заклади можна умовно поділити на дві групи за віковою структурою прийомів. Перша група включає ЦПСМД та лікарні, де більшість пацієнтів належать до вікових категорій від 40 до 65 років та від 18 до 39 років, а найменше пацієнтів наймолодшої вікової категорії. З іншого боку, в амбулаторіях та поліклініках візити розподілено більш рівномірно між віковими групами з незначним домінуванням вікових категорій від 40 до 65 років та від 18 до 39 років у амбулаторіях та молодших вікових груп – у поліклініках.

Відповідно, для кожного типу закладу можна окреслити головні групи пацієнтів, які відвідують заклади ПМД (**Таблиця 1**). В ЦПСМД та лікарнях це жінка віком від 40 до 65 років (23% та 26% відповідно), від 18 до 39 років (15% та 26% відповідно) або віком понад 65 років (15% та 10% відповідно), а в амбулаторіях – жінка віком від 18 до 39 років (17%) або віком від 40 до 65 років (13%). З іншого боку, в поліклініках значну частку становлять діти: хлопчики віком від 6 до 17 років (15%) та до 5 років (13%), дівчата віком від 6 до 17 років (по 11%), а також жінки віком від 40 до 65 років (11%).

За середньою тривалістю прийому немає значної різниці між типами закладів (**Таблиця 2**), хоча формально найдовші візити – в ЦПСМД та поліклініках (11,8 хвилини), а найкоротші – в лікарнях

(11,1 хвилини). Крім того, відсутня різниця в середній тривалості прийому чоловіків та жінок, хоча існують відмінності між типами закладів.

	Загалом	ЦПМСД	Амбулаторія	Лікарня	Поліклініка
Середні показники на 1 лікаря					
Середня тривалість прийому на 1 лікаря	11,7	11,8	11,4	11,1	11,8
Розподіл за статтю					
Середня тривалість прийому чоловіків	11,5	11,5	9,9	12,6	8,4
Середня тривалість прийому жінок	11,8	12,1	12,5	10,2	14,8
Розподіл за віком					
Середня тривалість прийому (0–5 років)	11,6	9,5	6,4	20,9	6,4
Середня тривалість прийому (6–17 років)	10,4	9,7	7,4	18,4	6,5
Середня тривалість прийому (18–39 років)	11,2	11,5	8,1	7,8	14,6
Середня тривалість прийому (40–65 років)	12,0	12,6	16,6	9,8	23,0
Середня тривалість прийому (65+ років)	12,8	12,9	20,0	14,7	11,4
Розподіл за статтю та віком					
Середня тривалість прийому чоловіків (0–5 років)	11,5	6,8	6,7	13,9	8,0
Середня тривалість прийому чоловіків (6–17 років)	10,1	10,9	5,8	24,9	5,9
Середня тривалість прийому чоловіків (18–39 років)	10,9	10,7	8,7	7,8	10,9
Середня тривалість прийому чоловіків (40–65 років)	12,0	12,5	12,5	13,2	13,6
Середня тривалість прийому чоловіків (65+ років)	12,9	12,8	19,6	15,0	5,4
Середня тривалість прийому жінок (0–5 років)	11,7	11,0	6,2	33,3	4,5
Середня тривалість прийому жінок (6–17 років)	10,7	8,4	9,0	14,3	7,4
Середня тривалість прийому жінок (18–39 років)	11,4	11,9	7,8	7,8	16,9
Середня тривалість прийому жінок (40–65 років)	11,9	12,7	20,1	8,4	31,0
Середня тривалість прийому жінок (65+ років)	12,8	12,9	20,2	14,5	15,4

Таблиця 2. Тривалість прийому лікарями в розрізі типів закладів, хвилин

Джерело: обстеження «Хронометраж»

Крім того, існує різниця у тривалості візиту у віковому аспекті: можна припустити наявність U-подібної залежності між віком пацієнта і тривалістю візиту. У наймолодшій віковій групі середня тривалість візиту становить 11,6 хвилини, зі збільшенням віку пацієнта вона спочатку скорочується до 10,4 хвилини, а потім починає зростати і набуває максимального значення в найстаршій віковій групі: в середньому найдовший візит – у чоловіків та жінок віком понад 65 років (12,9 та 12,8 хвилини). Відмінності у тривалості прийому пацієнтів цих вікових категорій пояснюються відмінностями у причинах звернень та можуть бути пов'язані з більшими потребами в медичній допомозі.

Відповідно, оскільки відсутня значна різниця між кількістю та середньою тривалістю прийомів лікарів ПМД у різних закладах, то й загальний денний час прийому не відрізняється і становить у середньому 4,1 години. З іншого боку, середній загальний робочий час прийому лікарем ПМД дещо відрізняється між типами закладів: у ЦПМСД – 9,3 години, в амбулаторії – 8,2 години, в лікарні – 9,4 години, в поліклініці – 11,4 години. Отже, при відносно більшому робочому часі лікарні приймають відносно менше пацієнтів.

У нижченаведеній таблиці показано розподіл пацієнтів за належністю до окремих груп (**Таблиця 3**). Варто відзначити, що 43% респондентів не віднесли себе до жодної з цих груп. За більшістю

інших позицій частка позитивних відповідей є незначною. Зафіксовано такий розподіл респондентів: особи з інвалідністю – 8% від загальної чисельності, хворі на цукровий діабет – 5% (4–9% у різних закладах), хронічно хворі – 27%; особи, які мають чистий дохід на члена родини менше ніж 4 173 грн, – 28%. Причому остання категорія має суттєві відмінності залежно від типу закладу охорони здоров'я – від 14% у поліклініках до 40% – в амбулаторіях та лікарнях.

	Загалом	ЦПМСД	Амбулаторія	Лікарня	Поліклініка
Вагітна	1%	2%	1%	0%	2%
Постраждалий внаслідок Чорнобильської катастрофи	2%	3%	1%	0%	1%
Учасник бойових дій	1%	1%	0%	1%	4%
Хронічний хворий	27%	26%	32%	30%	28%
Пацієнт, який потребує паліативної допомоги	1%	1%	0%	0%	1%
Член багатодітної сім'ї	3%	2%	6%	4%	1%
Особа без визначеного місця проживання	0%	0%	0%	0%	0%
Особа без постійної зайнятості	2%	1%	2%	2%	9%
Хворий на цукровий діабет	5%	4%	7%	2%	9%
Хворий на туберкульоз	0%	0%	0%	0%	0%
Пацієнт з ВІЛ/СНІДом	0%	0%	0%	0%	1%
Представник національної меншини	1%	1%	6%	0%	1%
Інвалід 1 групи	1%	1%	1%	0%	1%
Інвалід 2 групи	3%	4%	2%	1%	5%
Інвалід 3 групи	5%	5%	9%	2%	7%
Чистий дохід на члена родини менший за 4 173 гривні	28%	28%	40%	32%	14%
До жодної із зазначених	43%	44%	37%	41%	51%

Таблиця 3. Розподіл пацієнтів за окремими групами, відсотків

Джерело: обстеження «Пацієнти»

Такий розподіл вказує, що потенційними споживачами первинної медичної допомоги були пацієнти з діагностованими хронічними захворюваннями та станами, а також населення з низьким рівнем доходів, тобто ті категорії населення, які несуть значний фінансовий тягар при потребі отримання медичної допомоги. Це опосередковано може свідчити про наявний рівень доступності такої допомоги серед уразливих верств населення.

Серед головних причин візиту до закладу ПМД (**Таблиця 4**) пацієнти переважно називають гострі симптоми хвороби (34%), регулярні візити до лікаря (20%), а також інші питання, які не було зазначено, та отримання довідки (15% та 12% відповідно). Частка пацієнтів, що звернулися до закладу через гострі симптоми хвороби, приблизно однакова незалежно від його типу (29–40%).

Причина візиту	Загалом	ЦПМСД	Амбулаторія	Лікарня	Поліклініка
Регулярний візит до лікаря	20%	21%	24%	10%	20%
Гострі симптоми хвороби	34%	34%	29%	40%	27%
Отримати рецепт на ліки	9%	8%	8%	12%	10%
Отримати довідку, документ	12%	11%	9%	16%	18%
Інші питання до лікаря	15%	17%	13%	12%	12%
Записатися на прийом до лікаря	2%	2%	6%	3%	3%
Здати аналізи / забрати результати	8%	7%	10%	7%	10%

Таблиця 4. Розподіл пацієнтів за причинами візиту, відсотків

Джерело: обстеження «Хронометраж»

Це може вказувати на виконання первинною ланкою однієї з основних вимог Всесвітньої організації сімейних лікарів (WONCA) щодо одночасного лікування як гострих, так і хронічних захворювань і станів, а також забезпечення надання окремих медичних послуг, що регламентовані українським законодавством⁴. Хоча, як видно з результатів опитування, лікарі, як і раніше, орієнтовані на пошук симптомів та ознак захворювання, призначення досліджень, визначення патологічної основи захворювання, а не на профілактику і формування навичок здорового способу життя серед прикріпленого населення. З іншого боку, майже всі лікарі запевняють, що займаються профілактичною діяльністю (98%).

У той же час, частка респондентів, які регулярно відвідують лікаря, є низькою в лікарнях (10%) і найбільшою – в амбулаторіях (24%). Проте в жодному закладі частка пацієнтів з регулярними візитами не перевищує частку пацієнтів з гострими формами хвороби. Це є сигналом того, що в жодному з типів закладів охорони здоров'я ще не сформувалася система медичної допомоги, націлена на профілактику, виявлення хвороби та лікування на ранніх стадіях. Але в амбулаторіях найкраще співвідношення регулярних візитів до візитів через загострення хвороби, що свідчить про більш сталі відносини там між пацієнтом та лікарем.

Дослідження показало, що під час візиту лише один вид послуг, а саме вимірювання тиску, надавався значній кількості пацієнтів (73%), які були на візиті у лікаря (**Таблиця 5**). Більш ніж половині пацієнтів (54%) лікарі пояснювали небезпеку відмови від лікування (54%), 49% пацієнтів було проконсультовано щодо здорового харчування, 42% отримували консультації від медичних сестер. Найменш надаваними послугами є швидке тестування на ВІЛ (4%) та гепатит (5%) як через відмови пацієнтів від їх проведення (15% та 14%), так і через відсутність пропозицій від лікаря (79% та 78%).

⁴ Про затвердження Порядку надання первинної медичної допомоги: наказ МОЗ України від 19.03.2018 № 504. URL: https://moz.gov.ua/uploads/0/4207-dn_20180319_504.pdf.

	Так	Ні, я відмовився від цього	Ні, лікар не пропонував	Важко сказати
1. Виміряв тиск	73%	5%	22%	1%
2. Зробив загальний аналіз сечі	35%	11%	51%	3%
3. Зробив загальний аналіз крові	40%	9%	49%	2%
4. Провів консультацію щодо ожиріння	13%	11%	74%	2%
5. Провів консультацію щодо вживання алкоголю, тютюнопаління та вживання інших психоактивних речовин	17%	10%	70%	2%
6. Провів консультацію щодо недостатньої фізичної активності	27%	8%	60%	4%
7. Провів консультацію щодо здорового харчування	49%	5%	43%	3%
8. Пояснив безпеку відмови від лікування	54%	4%	39%	3%
9. Виміряв зріст та вагу	30%	10%	59%	1%
10. Виміряв загальний рівень холестерину	17%	12%	68%	2%
11. Виміряв рівень цукру крові натще	22%	9%	66%	3%
12. Зробив швидкий тест на ВІЛ	4%	15%	79%	3%
13. Зробив швидкий тест на гепатит	5%	14%	78%	2%
14. Зробив електрокардіограму	27%	9%	63%	1%
15. Отримав консультацію від медичної сестри	42%	7%	48%	2%
16. Отримав маніпуляцію (крапельниця, укол тощо)	22%	10%	64%	3%

Таблиця 5. Розподіл послуг, наданих під час візиту, відсотків

Джерело: обстеження «Пацієнти»

Опитування щодо якості надання послуг і ставлення лікаря до пацієнта під час візиту показало, що пацієнти загалом позитивно оцінюють поведінку лікарів (**Таблиця 6**). Переважно лікарі спілкувалися з пацієнтами уважно (88%), спокійно та тихо (91%), з повагою (85%). Лікарі не вважали, що пацієнти нічого не розуміють (72%), обговорювали з ними можливі шляхи лікування та подальші кроки (76%). Зрештою, більшість пацієнтів (86%) повністю отримали від лікаря чітку та зрозумілу інформацію.

	1 – зовсім ні	2	3	4	5 – повністю так	Важко сказати
1. Надав мені чітку і зрозумілу інформацію	0%	0%	2%	11%	86%	1%
2. Цікавився тим, що я відчуваю стосовно стану мого здоров'я	1%	0%	2%	10%	86%	1%
3. Звертався до мене спокійно і тихо	0%	0%	1%	8%	91%	0%
4. Розумів мої емоції та почуття	1%	1%	3%	11%	79%	6%
5. Питав, що я знаю і розумію про мою хворобу і прогноз її розвитку	6%	2%	4%	15%	69%	4%
6. Поважав мене як людину	0%	0%	2%	10%	85%	3%
7. Цікавився тим, чого я прагну і хочу від лікування	5%	2%	5%	13%	72%	4%
8. Уважно мене слухав	1%	0%	1%	9%	88%	1%
9. Звертав увагу на те, що я говорив (говорила)	0%	0%	2%	12%	83%	2%
10. Був здатен уявити себе на моєму місці	4%	1%	7%	10%	51%	27%
11. Дав мені час, щоб поставити запитання та поговорити про мою хворобу	2%	1%	5%	13%	75%	4%
12. Допоміг мені почуватись спокійно і безпечно під час огляду та під час розмови	1%	0%	2%	12%	82%	3%
13. Ставив запитання, які дозволили мені висловити свою точку зору	2%	1%	4%	13%	77%	4%
14. Цікавився тим, чого я очікую від лікування	5%	2%	6%	12%	69%	6%
15. Підбадьорював мене і демонстрував оптимізм	3%	1%	3%	14%	77%	3%
16. Дав мені можливість обговорити і разом вирішити, що саме ми будемо робити (під час лікування)	3%	1%	5%	12%	76%	3%
17. Лікар приділив мені достатньо часу	1%	1%	3%	10%	85%	1%
18. Лікар діяв так, наче вважав, що я нічого не розумію	72%	6%	4%	2%	8%	8%

Таблиця 6. Оцінка ставлення лікаря до пацієнта під час візиту, відсотків

Джерело: обстеження «Пацієнти»

Якщо перейти до кількісних показників споживання послуг (**Таблиця 7**), то опитування пацієнтів показало, що у 2019 році пацієнти, які потребують регулярного відвідування лікаря, здійснили в

середньому 14 візитів за рік, з метою отримання рецепта на ліки – в середньому 12,2 візиту за рік, через гострі симптоми хвороби – 10,1 візиту. Протягом 2019 року переважна більшість пацієнтів (майже 69%) отримувала до десяти видів послуг первинної медичної допомоги (аналізи, лікування, послуги медичної сестри, вакцинація, отримання довідки тощо). У розрізі причин візиту найбільшою групою є пацієнти, які відвідали заклад через гострі симптоми хвороби та отримали до десяти видів послуг протягом 2019 року (23,5%), та пацієнти, які відвідали заклад через регулярний візит до лікаря та отримали до десяти видів послуг протягом 2019 року (11,7%).

Причина візиту	Загалом	До 10 разів	Від 10 до 20 разів	Від 20 до 30 разів	Більше 30 разів
Регулярний візит до лікаря	20	11,7	4,1	2,3	1,6
Гострі симптоми хвороби	34	23,5	6	2,1	2,1
Отримати рецепт на ліки	9	5,3	1,9	1,1	0,7
Отримати довідку, документ	12	9	1,7	0,6	0,7
Інші питання до лікаря	15	11,3	2,6	0,8	0,7
Записатися на прийом до лікаря	3	2,1	0,2	0	0,1
Здати аналізи / забрати результати	8	5,9	1	0,5	0,4
Разом	100,0	68,8	17,5	7,4	6,2

Таблиця 7. Розподіл послуг, отриманих протягом 2019 року, за причинами візиту, відсотків

Джерело: обстеження «Пацієнти»

4.1.2. Відмінності у структурі споживання послуг відповідно до організаційної та територіальної ознак надавача ПМД

Якщо розглянути статистику візитів у розрізі типів місцевості, в якій функціонують заклади охорони здоров'я, то можна виділити такі тенденції. За кількістю проведених за один день прийомів найвищий показник (25,7) – у закладах ПМД, які розташовані в містах із населенням понад 100 тисяч осіб, але не є обласними центрами (**Таблиця 8**). На другому місці – заклади в містах із населенням від 20 до 50 тисяч осіб (22,9 прийому). Водночас, найменшу кількість прийомів за день з приблизно однаковими показниками (20,3, 20,5 та 20,7 прийому) зафіксовано в закладах ПМД, розташованих у селищах міського типу, селах та обласних центрах (включно з Києвом).

Якщо розглянути професійний рівень лікарів ПМД, то існує певний взаємозв'язок між стажем лікаря та кількістю візитів до нього протягом дня (**Рисунок 7**). Лікарі зі стажем до 10 років у середньому приймають 20 пацієнтів за день. Далі середня кількість візитів зростає зі зростанням досвіду та досягає максимального рівня у лікарів зі стажем роботи від 20 до 30 років (23 прийоми за день). Після цього кількість візитів зменшується і у лікарів зі стажем понад 50 років становить 18 візитів за день. При цьому тривалість візиту залишається постійною.

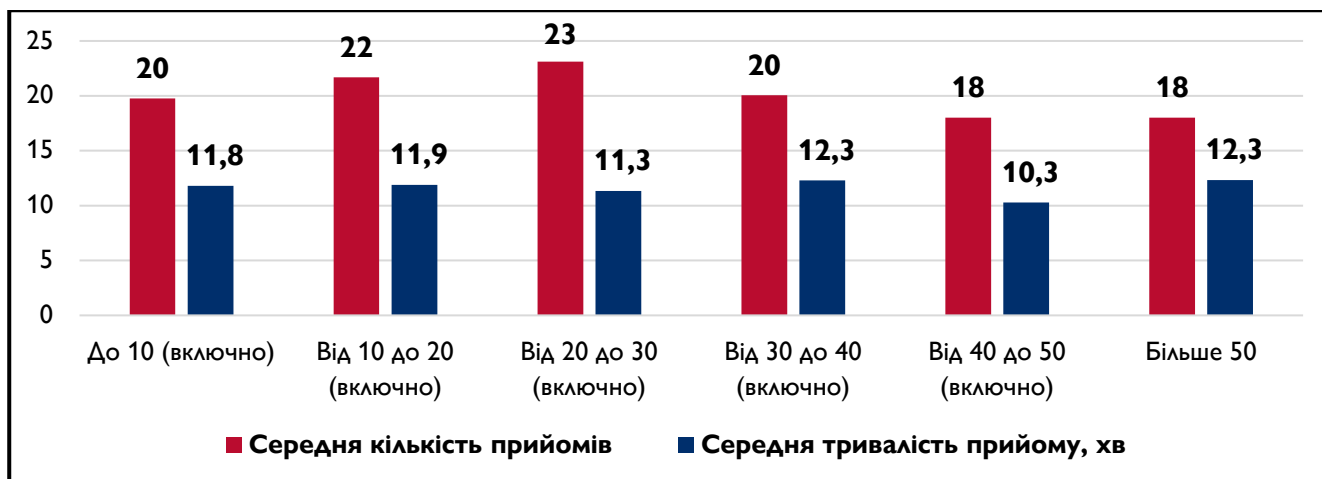


Рисунок 6. Розподіл середньої кількості та тривалості прийомів за стажем лікаря ПМД

Джерело: обстеження «Хронометраж» та «Сімейні лікарі»

Не встановлено значних відмінностей у навантаженні серед лікарів, які мають різну спеціалізацію (**Рисунок 7**), хоча лікарі з основною спеціальністю «Сімейний лікар» (лікарі загальної практики – сімейні лікарі) приймають трохи менше пацієнтів. З іншого боку, існує залежність між кількістю візитів та рівнем використання міжнародних клінічних рекомендацій у лікарській практиці. Слід зазначити, що найбільше прийомів здійснюють лікарі, які не використовують клінічних рекомендацій (27 прийомів) (**Рисунок 8**). Відповідно, у цих лікарів найменша тривалість прийому. Проте лікарів, які визнали, що не використовують міжнародних клінічних рекомендацій, усього 1,2% від загальної чисельності респондентів (дві особи). Отже, ці результати можна вважати не доказом абсолютної залежності, а скоріше, сигналом до більш глибокого дослідження.

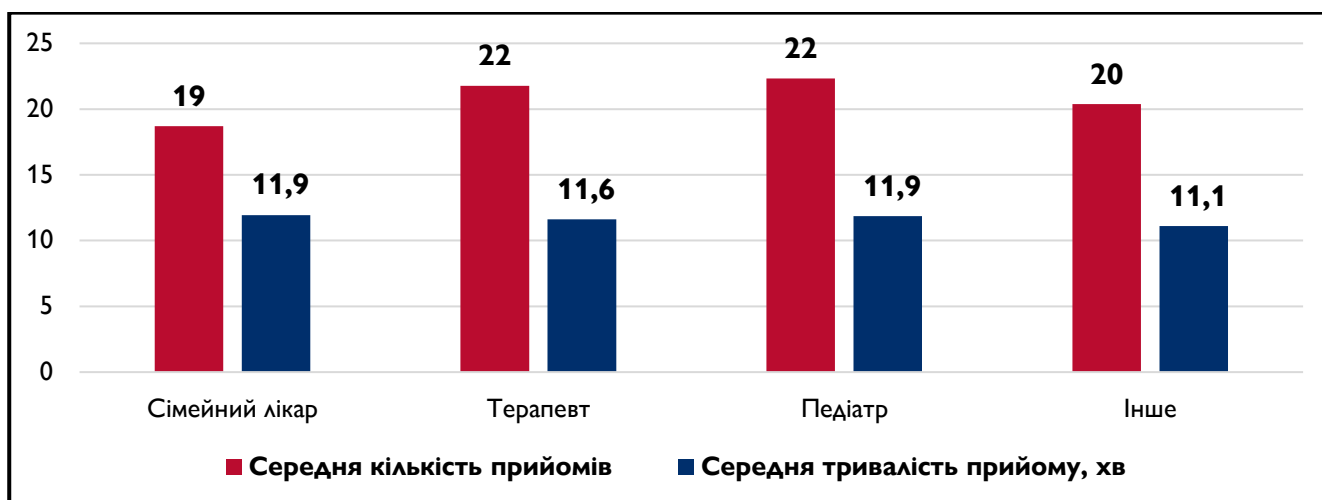


Рисунок 7. Розподіл середньої кількості та тривалості прийомів за спеціальністю лікаря ПМД

Джерело: обстеження «Хронометраж» та «Сімейні лікарі»

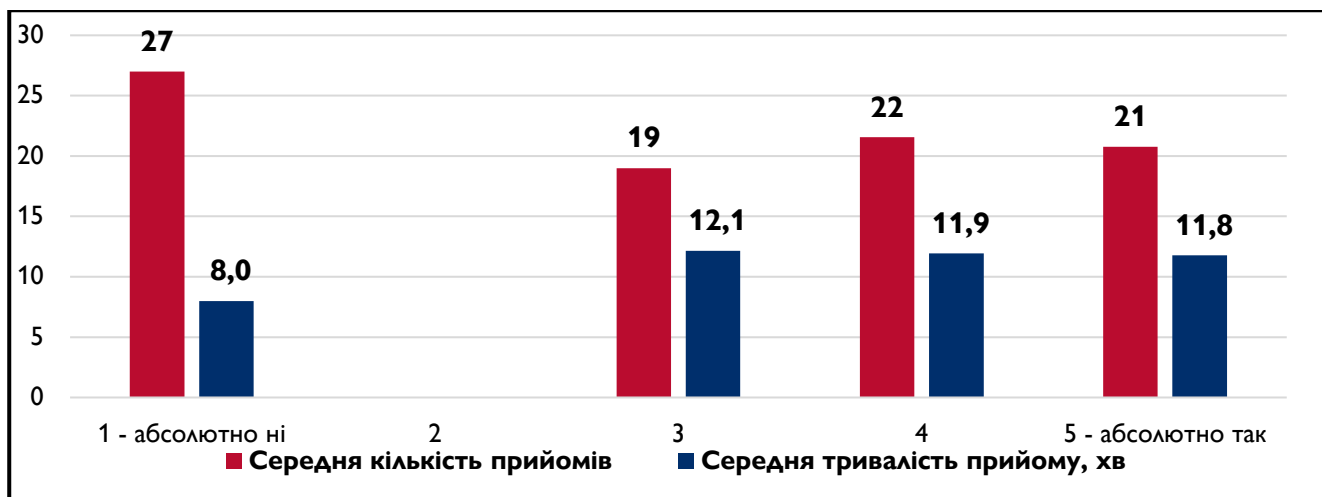


Рисунок 8. Розподіл середньої кількості та тривалості прийомів за використання клінічних рекомендацій
Джерело: обстеження «Хронометраж» та «Сімейні лікарі»

Основними споживачами послуг ПМД є жінки: не менше ніж 58% в усіх типах населених пунктах та 69% у містах з населенням від 20 до 50 тисяч осіб (**Таблиця 8**). Вікова структура пацієнтів є однаковою в усіх місцевостях (окрім обласних центрів та міст із населенням від 50 до 100 тисяч осіб) – найбільшу частку пацієнтів становлять особи віком від 40 до 65 років (21–41%). В обласних центрах та містах з населенням від 50 до 100 тисяч осіб спостерігається більш рівний розподіл пацієнтів між віковими групами 18–39 років та 40–65 років. Варто зазначити, що ці дані кореспондують із даними НЗСУ щодо підписання декларацій: 55,7% – жінки, 44,3% – чоловіки.

	Обласний центр (а також Київ)	Місто з населенням більше ніж 100 тис.	Місто з населенням від 50 до 100 тис.	Місто з населенням від 20 до 50 тис.	Місто з населенням менше ніж 20 тис.	Селище міського типу	Село
Середні показники на 1 лікаря							
Середня кількість прийомів на 1 лікаря	20,7	25,7	21,5	22,9	21,4	20,3	20,5
Розподіл за статтю							
Середня кількість прийомів чоловіків	7,8	10,7	8,5	7,1	8,4	6,6	7,9
Середня кількість прийомів жінок	12,7	15,0	12,8	15,7	12,9	13,6	12,1
Розподіл за віком							
Середня кількість прийомів (0–5 років)	2,2	1,3	2,5	1,1	2,2	1,6	2,5
Середня кількість прийомів (6–17 років)	2,6	0,3	4,3	1,7	2,5	2,4	3,1
Середня кількість прийомів (18–39 років)	6,5	6,7	6,0	4,7	6,1	4,3	3,9
Середня кількість прийомів (40–65 років)	6,0	10,3	6,3	9,3	7,2	7,3	6,4
Середня кількість прийомів (65+ років)	3,2	7,0	2,0	5,9	3,1	4,5	4,0
Розподіл за статтю та віком							
Середня кількість прийомів чоловіків (0–5 років)	1,0	0,7	1,3	0,6	0,8	0,7	1,0
Середня кількість прийомів чоловіків (6–17 років)	1,6	-	2,8	0,7	1,4	1,3	1,5
Середня кількість прийомів чоловіків (18–39 років)	1,9	3,7	2,3	1,1	2,1	1,3	1,3
Середня кількість прийомів чоловіків (40–65 років)	2,0	4,0	1,5	2,7	2,7	2,4	2,8
Середня кількість прийомів чоловіків (65+ років)	1,2	2,3	0,8	1,9	1,3	0,9	1,2
Середня кількість прийомів жінок (0–5 років)	1,1	0,7	1,3	0,5	1,4	0,9	1,5
Середня кількість прийомів жінок (6–17 років)	1,1	0,3	1,5	1,0	1,1	1,1	1,6
Середня кількість прийомів жінок (18–39 років)	4,6	3,0	3,8	3,6	4,1	3,0	2,5
Середня кількість прийомів жінок (40–65 років)	4,0	6,3	4,8	6,6	4,5	4,9	3,6
Середня кількість прийомів жінок (65+ років)	1,9	4,7	1,3	4,0	1,8	3,6	2,7

Таблиця 8. Структура кількості прийомів лікарями у розрізі типів населених пунктів

Джерело: обстеження «Хронометраж»

За статево-віковою структурою серед пацієнтів домінують жінки віком від 40 до 65 років, які є головною групою в усіх населених пунктах (18–29%), крім обласних центрів, де на першому місці – жінки віком від 18 до 39 років (22%).

За типом поселень споживачі первинної медичної допомоги розподіляються так:

- у містах із населенням від 20 до 50 тисяч осіб: 29% – жінки віком від 40 до 65 років (майже третина всіх пацієнтів);
- у містах із населенням понад 100 тисяч осіб: 18% – жінки віком понад 65 років;
- у містах із населенням від 20 до 50 тисяч осіб: 17% – жінки віком понад 65 років;
- у селищах міського типу: 18% – жінки віком понад 65 років;
- у містах із населенням від 50 до 100 тисяч осіб: 17% – жінки віком від 18 до 39 років;
- у містах із населенням менше ніж 20 тисяч осіб: 19% – жінки віком від 18 до 39 років.

Винятком є села, де з невеликою перевагою другою групою є чоловіки віком від 40 до 65 років (14%). Середня тривалість візиту має певні відмінності між типами населених пунктів (**Таблиця 9**). Найдовші візити, як правило, проводять у селах (12,4 хвилини) та селищах міського типу (11,9 хвилини), а найкоротші – в містах із населенням від 50 до 100 тисяч осіб – 8,6 хвилини. В інших місцевостях тривалість візиту становить 11–11,6 хвилини. Значної різниці у тривалості огляду чоловіків та жінок немає, хоча прийом пацієнток-жінок триває дещо довше. Винятком є міста з населенням від 50 до 100 тисяч осіб, де тривалість прийому жінки майже на 4 хвилини більша за прийом чоловіка.

	Обласний центр (а також Київ)	Місто з населенням більше ніж 100 тис.	Місто з населенням від 50 до 100 тис.	Місто з населенням від 20 до 50 тис.	Місто з населенням менше ніж 20 тис.	Селище міського типу	Село
Середні показники на 1 лікаря							
Середня тривалість прийому 1 лікаря	11,5	11,1	8,6	11,6	11,0	11,9	12,4
Розподіл за статтю							
Середня тривалість прийому чоловіків	11,0	10,7	6,4	12,3	10,7	12,2	12,1
Середня тривалість прийому жінок	11,8	11,3	10,1	11,4	11,3	11,8	12,5
Розподіл за віком							
Середня тривалість прийому (0–5 років)	10,7	12,7	8,2	9,1	12,1	12,4	12,2
Середня тривалість прийому (6–17 років)	9,3	15,0	6,2	10,6	10,3	11,1	11,0
Середня тривалість прийому (18–39 років)	11,7	10,6	8,0	10,5	10,2	11,1	12,0
Середня тривалість прийому (40–65 років)	11,9	11,1	10,2	11,4	11,2	12,3	12,5
Середня тривалість прийому (65+ років)	12,7	10,9	11,8	13,7	12,0	12,2	13,6
Розподіл за статтю та віком							
Середня тривалість прийому чоловіків (0–5 років)	10,8	13,0	8,4	8,0	13,0	13,5	11,6
Середня тривалість прийому чоловіків (6–17 років)	8,7	-	5,4	13,0	10,3	11,2	10,7
Середня тривалість прийому чоловіків (18–39 років)	11,0	10,2	4,3	12,1	10,1	11,1	11,6
Середня тривалість прийому чоловіків (40–65 років)	12,0	10,3	9,3	11,2	10,0	13,5	12,2
Середня тривалість прийому чоловіків (65+ років)	12,3	11,4	7,7	14,9	12,4	10,6	14,3
Середня тривалість прийому жінок (0–5 років)	10,6	12,5	8,0	10,4	11,6	11,6	12,7
Середня тривалість прийому жінок (6–17 років)	10,4	15,0	7,8	9,0	10,3	11,1	11,3
Середня тривалість прийому жінок (18–39 років)	12,0	11,1	10,2	10,0	10,3	11,2	12,2
Середня тривалість прийому жінок (40–65 років)	11,8	11,6	10,4	11,5	12,0	11,8	12,7
Середня тривалість прийому жінок (65+ років)	12,9	10,6	14,2	13,2	11,8	12,6	13,2

Таблиця 9. Тривалість прийому лікарями у розрізі типів населених пунктів

Джерело: обстеження «Хронометраж»

У віковому розрізі найдовші прийоми переважно проводяться для пацієнтів віком понад 65 років (міста з населенням від 20 до 50 тисяч осіб – 13,7 хвилини, села – 13,6 хвилини, обласні центри – 12,7 хвилини, селища міського типу – 12,2 хвилини, міста з населенням менше ніж 20 тисяч осіб – 12 хвилини, міста з населенням від 50 до 100 тисяч осіб – 11,8 хвилини та міста з населенням більше ніж 100 тисяч осіб – 10,9 хвилини). З іншого боку, велика увага приділяється молодшим віковим групам, особливо в містах з населенням більше ніж 100 тисяч осіб (0–5 років – 12,7 хвилини, 6–17 років – 15 хвилини), у містах з населенням менше ніж 20 тисяч осіб (0–5 років – 12,1 хвилини), в селищах міського типу (0–5 років – 12,4 хвилини) та в селах (0–5 років – 12,2 хвилини).

Встановлено певні відмінності щодо тривалості прийому лікарів за статево-віковою структурою в закладах ПМД за типами населених пунктів. Найбільшу та найменшу тривалість візитів мають такі групи:

- обласні центри: жінки віком понад 65 років (12,9 хвилини) та хлопці віком 6–17 років (8,7 хвилини);
- місто з населенням більше ніж 100 тисяч осіб: дівчата віком 6–17 років (15 хвилин) та чоловіки віком 18–39 років (10,2 хвилини);
- місто з населенням від 50 до 100 тисяч осіб: жінки віком понад 65 років (14,2 хвилини) та чоловіки віком 18–39 років (4,3 хвилини);
- місто з населенням від 20 до 50 тисяч осіб: чоловіки віком понад 65 років (14,9 хвилини) та хлопчики до 5 років (8 хвилин);
- місто з населенням менше ніж 20 тисяч осіб: хлопчики до 5 років (13 хвилин) та чоловіки віком 18–39 років та 40–65 років (приблизно по 10 хвилин);
- селище міського типу: чоловіки віком 40–65 років (13,5 хвилини) та чоловіки віком понад 65 років (10,6 хвилини);
- село: чоловіки віком понад 65 років (14,3 хвилини) та хлопці віком 6–17 років (10,7 хвилини).

Загалом найбільший загальний час прийому за день зафіксовано серед лікарів ПМД у містах із населенням більше ніж 100 тисяч осіб, які не є обласними центрами. В цих містах лікар проводить 4,7 години прийому за день (**Рисунок 9**). На другому місці – міста з населенням від 20 до 50 тисяч осіб, де загальний час прийому становить 4,4 години. Найкоротший загальний час прийому – в містах із населенням від 50 до 100 тисяч осіб – 3,1 години. Слід відзначити, що селища міського типу та села незначно відрізняються за загальним часом прийомів за день від обласних центрів України.

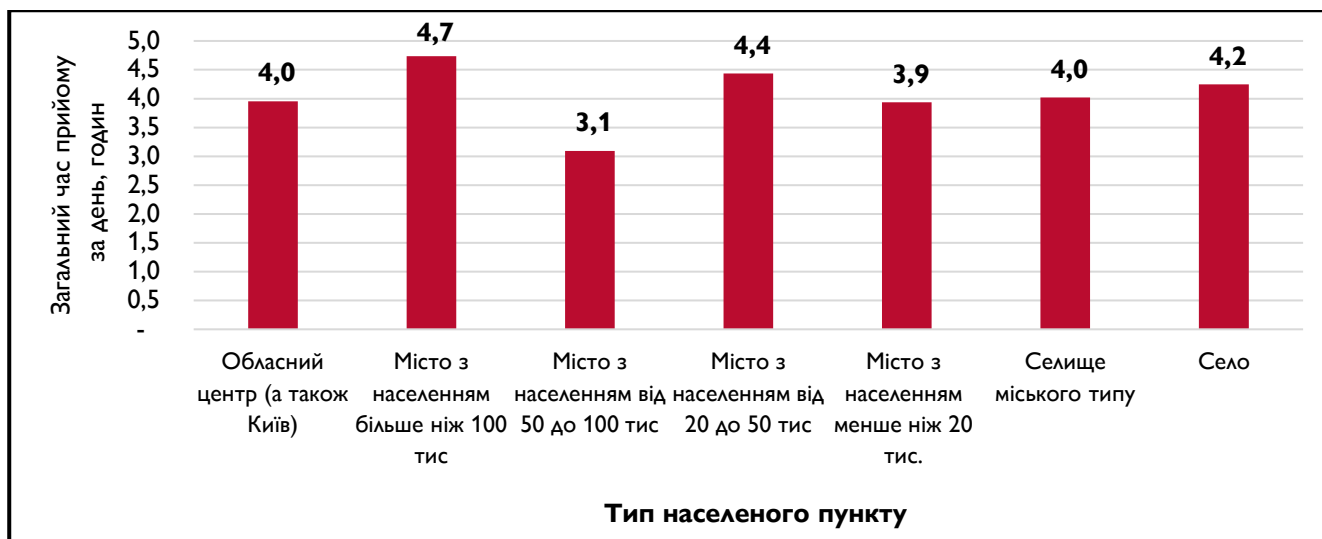


Рисунок 9. Загальний час прийому лікарем за типом місцевості, годин за день

Джерело: обстеження «Хронометраж»

	Загалом	Обласний центр (а також Київ)	Місто з населенням більше ніж 100 тис.	Місто з населенням від 50 до 100 тис.	Місто з населенням від 20 до 50 тис.	Місто з населенням менше ніж 20 тис.	Селище міського типу	Село
Вагітна	1%	1%	5%	0%	1%	1%	2%	2%
Постраждалий внаслідок Чорнобильської катастрофи	2%	2%	2%	0%	6%	1%	1%	3%
Учасник бойових дій	1%	2%	3%	2%	1%	2%	1%	1%
Хронічний хворий	27%	32%	25%	13%	30%	25%	30%	24%
Пацієнт, який потребує паліативної допомоги	1%	1%	2%	1%	0%	1%	1%	0%
Член багатодітної сім'ї	3%	2%	2%	3%	0%	1%	4%	4%
Особа без визначеного місця проживання	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%
Особа без постійної зайнятості	2%	4%	0%	0%	2%	0%	1%	2%
Хворий на цукровий діабет	5%	6%	5%	1%	4%	2%	5%	5%
Хворий на туберкульоз	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%
Пацієнт з ВІЛ/СНІДом	0%	0%	0%	1%	0%	0%	0%	0%
Представник національної меншини	1%	0%	0%	0%	0%	0%	2%	2%
Інвалід 1 групи	1%	1%	0%	0%	0%	1%	1%	1%
Інвалід 2 групи	3%	6%	5%	2%	3%	2%	3%	3%
Інвалід 3 групи	5%	5%	2%	0%	4%	5%	6%	6%
Чистий дохід на члена родини менший за 4 173 гривні	28%	15%	22%	34%	41%	13%	30%	37%
До жодної із зазначених	43%	48%	52%	47%	34%	58%	38%	42%

Таблиця 10. Розподіл пацієнтів за окремими групами, відсотків

Джерело: обстеження «Пацієнти»

	Загалом	Обласний центр (а також Київ)	Місто з населенням більше ніж 100 тис.	Місто з населенням від 50 до 100 тис.	Місто з населенням від 20 до 50 тис.	Місто з населенням менше ніж 20 тис.	Селище міського типу	Село
Регулярний візит до лікаря	19%	19%	22%	13%	15%	17%	21%	22%
Гострі симптоми хвороби	34%	37%	50%	33%	37%	29%	34%	32%
Отримати рецепт на ліки	9%	8%	9%	3%	6%	8%	13%	8%
Отримати довідку, документ	12%	18%	6%	21%	11%	15%	8%	11%
Інші питання до лікаря	15%	11%	3%	10%	19%	19%	14%	20%
Записатися на прийом до лікаря	2%	1%	3%	8%	4%	2%	2%	2%
Здати аналізи / забрати результати	8%	6%	6%	11%	8%	10%	8%	7%

Таблиця 11. Розподіл пацієнтів за причинами візиту, відсотків

Джерело: обстеження «Пацієнти»

4.1.3. Порівняння кількості та структури пацієнтів за даними дослідження та офіційної статистики. Відмінності в навантаженні між типами закладів

Незначні відмінності між даними реєстратури та отриманими в ході дослідження показують, що немає причин ставити під сумнів офіційну звітність закладів охорони здоров'я в частині навантаження (**Таблиця 12**). За результатами оцінки кількості візитів та їхньої тривалості (обстеження «Хронометраж прийому пацієнтів лікарем») у середньому один лікар ПМД приймає 21,1 пацієнта за робочий день, в той час як за даними звітних форм (074/о, 039/о) за попередній день цей показник становить у середньому 20,6 особи.

	Загалом	ЦПМСД	Амбулаторія	Лікарня	Поліклініка
Кількість прийомів попереднього тижня (реєстратура/записи лікаря)	102	103	97	93	112
Кількість прийомів за 3 кв. 2019 року (реєстратура/записи лікаря)	3 875	3 907	3 825	3 483	3 870
Кількість прийомів за 2018 рік (реєстратура/записи лікаря)	4 923	4 898	5 172	4 777	4 400
Оцінка					
Кількість прийомів за день (хронометраж)	21,1	20,8	21,5	22,2	20,7
Кількість прийомів попереднього дня (реєстратура/записи лікаря)	20,6	21,2	19,6	17,5	20,3
Кількість прийомів за день (на основі даних реєстратури щодо прийомів минулого тижня)	20,4	20,6	19,4	18,6	22,4
Кількість прийомів за день (на основі даних реєстратури щодо прийомів за 3 кв. 2019 року)	19,9	20,0	19,6	17,9	19,8
Кількість прийомів за день (на основі даних реєстратури щодо прийомів за 2018 рік)	18,9	18,8	19,9	18,4	16,9

Таблиця 12. Порівняння середньої кількості візитів за даними обстеження та реєстраційними даними

Джерело: обстеження «Хронометраж»

У розрізі типів закладів ПМД немає значущої різниці в кількості візитів, окрім лікарень, для яких різниця більша і становить понад чотири візити. Це може бути пояснено самозверненнями пацієнтів, які не було зафіксовано в реєстраційних формах.

Середні показники, розраховані за даними реєстратури за тиждень, який передував опитуванню, співвідносяться з даними за попередній день для системи ПМД загалом. Певним чином відрізняються результати для окремих типів закладів ПМД. У першу чергу це стосується лікарень, де різниця з даними обстеження збільшується до 3,6 візитів.

Середні показники, розраховані на основі річних даних за 2018 рік та 9 місяців 2019 року, є нижчими за дані обстеження «Хронометраж». Слід зазначити, що у 2019 році спостерігається невелике збільшення середньої кількості візитів порівняно з 2018 роком переважно за рахунок поліклінік та ЦПМСД, тоді як в інших типах закладів значних змін не відбулося.

Обстеження «Хронометраж» проводилося у грудні 2019 року і, відповідно, його доцільно порівнювати не тільки з даними за попередній рік, а й з даними за три квартали 2019 року. Обстеження демонструє збільшення кількості візитів порівняно з середнім показником за січень–вересень 2019 року. Загалом кількість візитів зростає на 1,2 особи: в лікарні – на 4,3 особи, в ЦПМСД – на 0,73 особи, в амбулаторії – на 1,9 особи.

4.2. Оцінка кількості направлень та виявлення найпоширеніших практик роботи лікарів ПМД щодо направлень

4.2.1. Оцінка кількості та структури направлень

За результатами опитування лікарів ПМД у середньому один лікар ПМД робить 15 направлень до спеціалістів на 100 візитів пацієнтів (**Таблиця 13**). Цей результат відповідає опитуванню пацієнтів, 15,4% яких підтвердили, що отримали направлення до вузькопрофільного спеціаліста (обстеження «Пацієнти»). Між кількістю направлень та кількістю візитів немає значущої зіставності (кореляція становить -6%). Низький рівень кореляції (6%) між кількістю візитів та кількістю направлень лікарем свідчить про відсутність відповідності між кількістю візитів та кількістю направлень. Це є первиною ознакою відсутності спроб лікарів направити пацієнтів до СМД для зменшення власного навантаження.

Кількість направлень відрізняється між закладами охорони здоров'я. Найменше направлень роблять лікарі ЦПМСД (13,9 направлення на 100 візитів), а найбільше – лікарі поліклінік (19 направлень на 100 візитів). Така ситуація може пояснюватися спільним розташуванням підрозділів, що надають первинну і вторинну допомогу. Це підтверджує необхідність територіального розмежування рівнів надання медичної допомоги. Слід зазначити, що між тривалістю візиту та кількістю направлень немає значущої зіставності (кореляція становить -7%). Це підтверджує відсутність спроб лікарів направити пацієнтів до СМД для зменшення власного навантаження.

Також існують відмінності у кількості направлень за типами населених пунктів (**Таблиця 14**). Найбільший рівень оформлення направлень спостерігається в обласних центрах та Києві – 18 направлень на 100 візитів. У найменших населених пунктах (містах з населенням менше 20 тисяч осіб, селища міського типу та селах) рівень направлень приблизно однаковий – 14,6–15,1 направлення на 100 візитів. Слід зазначити, що саме у великих містах із населенням понад 100 тисяч осіб рівень направлень є найменшим серед усіх типів населених пунктів.

	Загалом	ЦПМСД	Амбулаторія	Лікарня	Поліклініка
Середній загальний час прийому, годин	4,1	4,1	4,0	4,7	3,4
Середня кількість прийомів	21,1	20,8	21,5	22,2	20,7
Середня тривалість прийому, хвилин	11,7	11,8	11,1	12,8	10,0
Середня кількість направлень на 100 прийомів	15,1	13,9	17,2	17,7	19,0

Таблиця 13. Показники діяльності лікаря ПМД за типами закладів

Джерело: обстеження «Хронометраж» та «Сімейні лікарі»

	Загалом	Обласний центр	Місто з населенням більше ніж 100 тис.	Місто з населенням від 50 до 100 тис.	Місто з населенням від 20 до 50 тис.	Місто з населенням менше ніж 20 тис.	Селище міського типу	Село
Середній загальний час прийому, годин	4,1	4,0	4,7	3,1	4,4	3,9	4,0	4,2
Середня кількість прийомів	21,1	20,7	25,7	21,5	22,9	21,4	20,3	20,5
Середня тривалість прийому, хвилин	11,7	11,5	11,1	8,6	11,6	11,0	11,9	12,4
Середня кількість направлень на 100 прийомів	15,1	18,0	7,7	14,0	12,1	15,1	14,9	14,6

Таблиця 14. Показники діяльності лікаря ПМД за типами населених пунктів

Джерело: обстеження «Хронометраж» та «Сімейні лікарі»

Встановлено, що лікарі з меншим досвідом роботи частіше і більше дають направлень пацієнтам. Найвищий середній рівень направлень – у лікарів ПМД з досвідом роботи менше 10 років (18 направлень на 100 візитів), найнижчий – з досвідом роботи понад 50 років (6 направлень на 100 візитів⁵). Слід зазначити, що для інших категорій лікарів такої залежності не виявлено (14 направлень на 100 візитів) (**Рисунок 10**).

⁵ Одиничний випадок, що може бути нерепрезентативним.

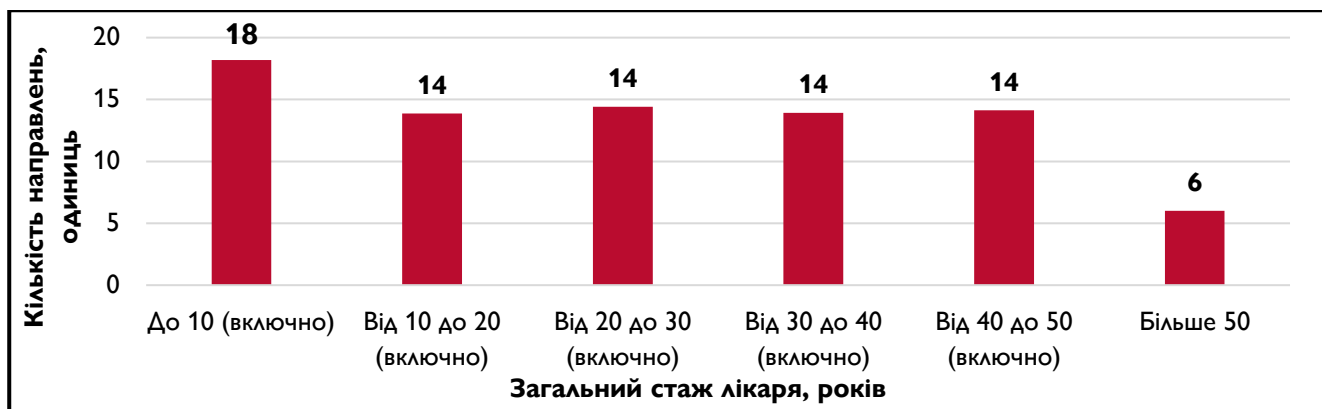


Рисунок 10. Розподіл кількості направлень за загальним стажем лікарів

Джерело: обстеження «Хронометраж» та «Сімейні лікарі»

Лікарі, які мають первинну спеціалізацію за спеціальністю «Загальна практика – сімейна медицина», дають найбільше направлень пацієнтам (18 направлень на 100 візитів); ті лікарі ПМД, хто мав первинну спеціалізацію з терапії, – 16 направлень на 100 візитів; лікарі з попередньою спеціалізацією «Педіатрія» або іншою мають лише 9 та 11 направлень на 100 візитів відповідно (**Рисунок 11**).

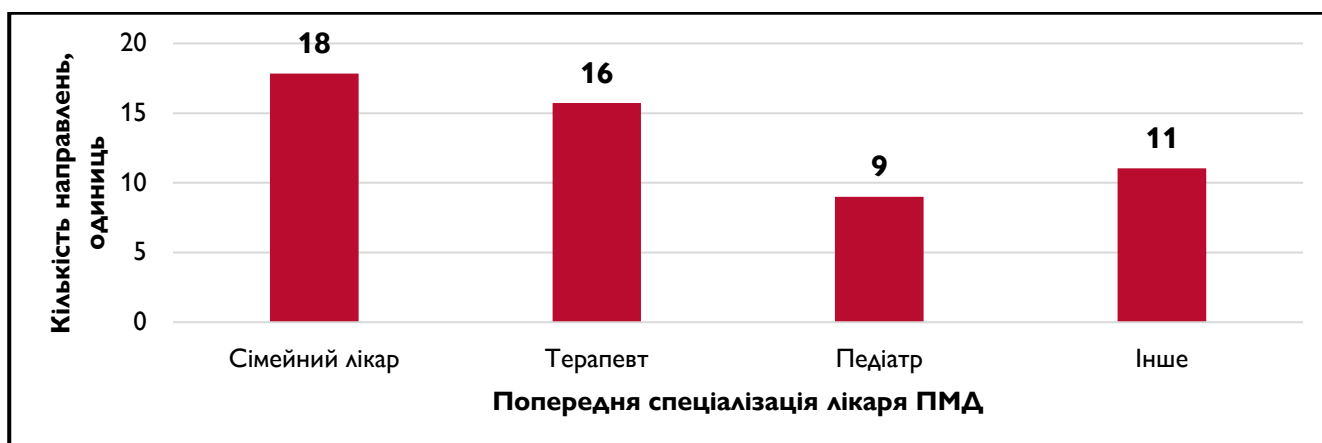


Рисунок 11. Розподіл кількості направлень за попередньою спеціалізацією лікаря

Джерело: обстеження «Хронометраж» та «Сімейні лікарі»

Результати опитування вказують на те, що більше направлень дають лікарі ПМД, які ознайомлені з базою Duodecim та активніше використовують клінічні рекомендації у своїй практиці (**Рисунок 12**). Різниця між лікарями, які не знають, що таке база Duodecim (36%), і не використовують клінічних рекомендацій (1,2%) у своїй практиці, та лікарями, які знають (46,8%) та використовують (76,7%) їх, становить 1 та 3 направлення на 100 візитів відповідно.

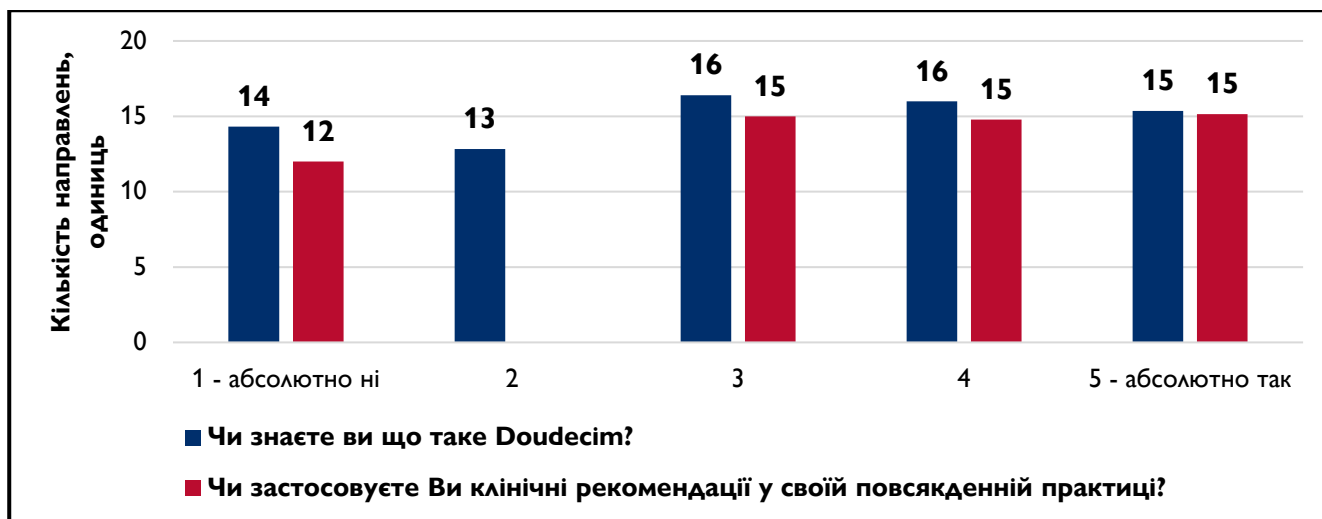


Рисунок 12. Розподіл кількості направлень за використанням клінічних рекомендацій

Джерело: обстеження «Хронометраж» та «Сімейні лікарі»

Рішення щодо направлення пацієнта до вузькопрофільного спеціаліста лікарі приймають, за їхніми словами, базуючись на клінічних протоколах та принципах доказової медицини (85,8%), персональному огляді пацієнта (66,5%), на попередніх аналізах та діагностиці пацієнта (64,4%) (**Таблиця 15**). У випадку направлення на додаткове обстеження рішення приймається на основі клінічних протоколів та принципів доказової медицини (84,4%), персонального огляду пацієнта (70,8%) та необхідності додаткових тестів і діагностичних процедур (68,8%) (**Таблиця 16**).

Фактори направлення до вузькопрофільного спеціаліста	1 – абсолютно не важливо	2	3	4	5 – абсолютно важливо
1. Базуючись на власному досвіді	2,5	5	14,9	28,6	49,1
2. Базуючись на бажанні пацієнтів	18,6	22,4	30,4	14,3	14,3
3. Базуючись на інтуїції	22,8	20,3	25,9	13,3	17,7
4. Базуючись на необхідності додаткових тестів і діагностичних процедур	2,5	4,3	11,1	20,4	61,7
5. Базуючись на клінічних протоколах та принципах доказової медицини	0	1,9	1,9	10,5	85,8
6. Базуючись на фізичній доступності відповідного лікаря-спеціаліста або діагностичного центру (лабораторії)	15,4	11,7	14,2	29,6	29
7. Базуючись на попередніх аналізах, діагностиці пацієнта	0,6	1,9	9,4	23,8	64,4
8. Базуючись на попередніх захворюваннях пацієнта	1,2	4,9	17,3	24,1	52,5
9. Базуючись на фінансовому стані пацієнта	34,2	7,5	20,5	18,6	19,3
10. Базуючись на персональному огляді пацієнта	2,5	1,9	8,1	21,1	66,5
11. Інше	0	0	0	0	0

Таблиця 15. Фактори, які визначають направлення до вузькопрофільного спеціаліста, відсотків

Джерело: обстеження «Сімейні лікарі»

Фактори направлення на додаткове обстеження	1 – абсолютно не важливо	2	3	4	5 – абсолютно важливо
1. Базуючись на власному досвіді	1,9	3,1	11,8	26,7	56,5
2. Базуючись на бажанні пацієнтів	12,4	22,4	24,8	17,4	23
3. Базуючись на інтуїції	19,2	20,5	23,7	16	20,5
4. Базуючись на необхідності додаткових тестів і діагностичних процедур	1,9	3,8	6,9	18,8	68,8
5. Базуючись на клінічних протоколах та принципах доказової медицини			2,5	13,1	84,4
6. Базуючись на фізичній доступності відповідного лікаря-спеціаліста або діагностичного центру (лабораторії)	15,6	8,8	12,5	32,5	30,6
7. Базуючись на попередніх аналізах, діагностиці пацієнта		5	7,5	21,1	66,5
8. Базуючись на попередніх захворюваннях пацієнта	1,9	4,4	15,6	25	53,1
9. Базуючись на фінансовому стані пацієнта	23,6	11,2	23,6	20,5	21,1
10. Базуючись на персональному огляді пацієнта	1,2	2,5	7,5	18	70,8
11. Інше	0	0	0	0	0

Таблиця 16. Фактори, які визначають направлення на додаткове обстеження, відсотків

Джерело: обстеження «Сімейні лікарі»

4.2.2. Визначення факторів впливу на застосування направлень відповідно до діагнозів та характеристик пацієнтів

За причинами візиту до лікаря найбільша кількість направлень спостерігається серед тих пацієнтів, які прийшли з наміром записатися на візит до відповідного лікаря (85,7%), здачу аналізів або приходили по результати аналізів (70,7%) (**Рисунок 13**). З тих, хто прийшов записатися на візит, переважно отримували направлення на: проведення додаткової діагностики (32,7%); до вузькопрофільного спеціаліста у місцеву (районну) лікарню (28,6%); проведення додаткових аналізів (22,4%) (**Таблиця 17**). Відповідно, з осіб, які прийшли здати аналізи або забрати їх результати, 49% отримували направлення на додаткові аналізи та 19,1% – на діагностику.

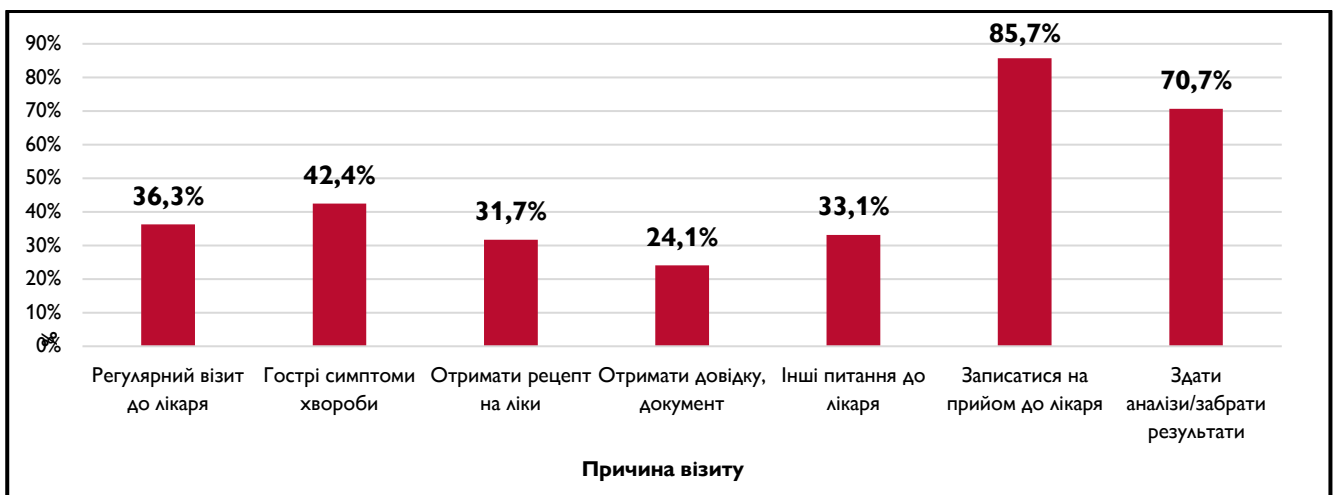


Рисунок 13. Розподіл направлень за причинами візиту, відсотків

Джерело: обстеження «Пацієнти»

	Загалом	До вузькопрофільного спеціаліста у місцеву (районну) лікарню	До вузькопрофільного спеціаліста в обласну лікарню	До вузькопрофільного спеціаліста у лікарню національного рівня	На проведення додаткової діагностики	На проведення додаткових аналізів	На госпіталізацію
Загалом	39,8%	13,1%	3,0%	0,5%	12,9%	17,8%	1,1%
Регулярний візит до лікаря	36,3%	10,4%	2,2%	0,5%	12,1%	18,8%	1,2%
Гострі симптоми хвороби	42,4%	16,5%	3,5%	0,4%	14,3%	17,0%	1,0%
Отримати рецепт на ліки	31,7%	11,5%	1,1%	0,0%	9,8%	15,3%	0,5%
Отримати довідку, документ	24,1%	10,8%	3,2%	0,8%	6,4%	6,4%	0,8%
Інші питання до лікаря	33,1%	10,3%	4,1%	0,6%	11,6%	12,8%	1,6%
Записатися на прийом до лікаря	85,7%	28,6%	4,1%	2,0%	32,7%	22,4%	0,0%
Здати аналізи / забрати результати	70,7%	11,5%	1,9%	0,6%	19,1%	49,0%	1,3%

Таблиця 17. Розподіл направлень за причинами візиту, відсотків

Джерело: обстеження «Пацієнти»

У розподілі направлень за віком пацієнта спостерігається пряма залежність: старші особи отримують більше направлень, ніж молоді. Максимальний рівень направлень – у найстаршій віковій групі (понад 65 років): майже кожен другий представник цієї групи отримав направлення (**Рисунок 14**). Практично відсутні відмінності у вікових групах від 18 до 39 років та від 40 до 64 років – 41,9% та 42,2% відповідно. З іншого боку, у двох молодших груп (до 5 років та від 6 до 17 років) рівень направлень суттєво нижчий, ніж у дорослих, – 22,3% та 27,5% відповідно.

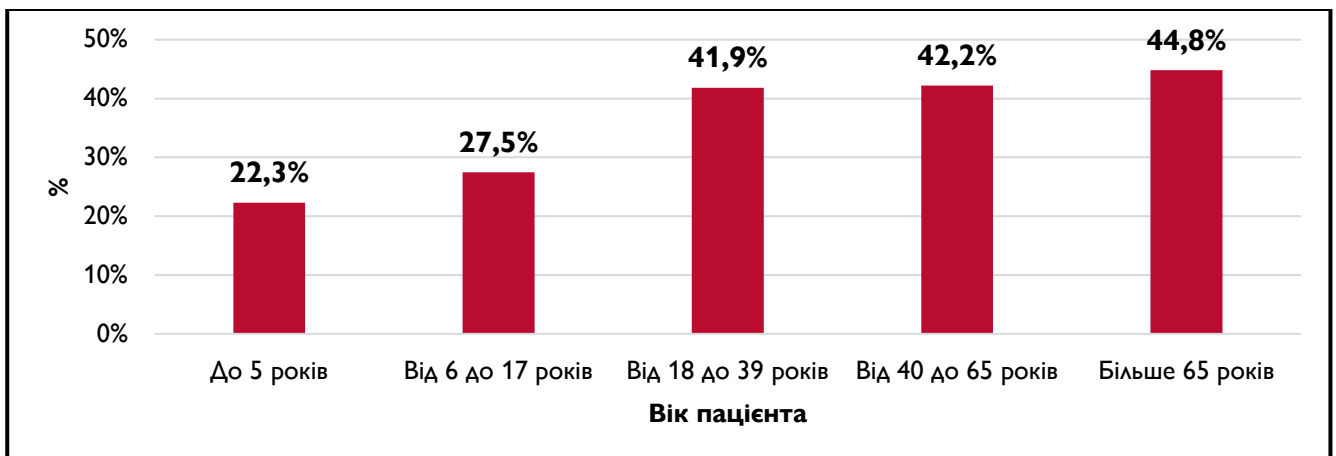


Рисунок 14. Розподіл направлень за віком пацієнта, відсотків

Джерело: обстеження «Пацієнти»

Загалом жінки отримують більше направлень, ніж чоловіки, проте різниця не є суттєвою (40,1% та 38,7% відповідно). Аналогічна залежність спостерігається за окремими видами направлень (**Таблиця 19**).

	Загалом	До вузькопрофільного спеціаліста у місцеву (районну) лікарню	До вузькопрофільного спеціаліста в обласну лікарню	До вузькопрофільного спеціаліста у лікарню національного рівня	На проведення додаткової діагностики	На проведення додаткових аналізів	На госпіталізацію
Загалом	39,7%	13,1%	3,0%	0,5%	12,9%	17,8%	1,2%
До 5 років	22,3%	6,9%	1,7%	0,0%	6,9%	8,0%	1,1%
Від 6 до 17 років	27,5%	11,7%	4,7%	0,6%	8,2%	7,6%	0,0%
Від 18 до 39 років	41,9%	15,7%	2,4%	0,7%	12,0%	17,8%	0,2%
Від 40 до 65 років	42,2%	12,4%	2,8%	0,4%	14,7%	20,4%	1,7%
Понад 65 років	44,8%	14,2%	3,9%	0,8%	15,0%	21,2%	1,8%

Таблиця 18. Розподіл направлень за віком пацієнта, відсотків

Джерело: обстеження «Пацієнти»

	Загалом	До вузькопрофільного спеціаліста у місцеву (районну) лікарню	До вузькопрофільного спеціаліста в обласну лікарню	До вузькопрофільного спеціаліста у лікарню національного рівня	На проведення додаткової діагностики	На проведення додаткових аналізів	На госпіталізацію
Загалом	39,7%	13,0%	3,0%	0,5%	12,9%	17,8%	1,2%
Чоловіки	38,7%	12,2%	2,2%	0,6%	13,4%	17,5%	1,3%
Жінки	40,1%	13,4%	3,4%	0,5%	12,6%	17,9%	1,1%

Таблиця 19. Розподіл направлень за статтю та віком пацієнта, відсотків

Джерело: обстеження «Пацієнти»

Якщо перейти до кількісних показників споживання послуг, то опитування пацієнтів показало, що в середньому пацієнти, які не віднесли себе до жодної окремої групи, отримували менше направлень (33%), ніж пацієнти, які належать хоча б до однієї такої групи (45%). Упродовж 2019 року частка пацієнтів окремих груп була такою:

- вагітні – 38%;
- постраждали внаслідок Чорнобильської катастрофи – 51%;
- учасники бойових дій – 55%;
- хронічні хворі – 45%;
- пацієнти, які потребують паліативної допомоги, – 50%;
- члени багатодітної сім'ї – 34%;
- особи без постійної зайнятості – 53%;
- хворі на цукровий діабет – 56%;
- хворі на туберкульоз – 50%;
- пацієнти з ВІЛ/СНІДом – 50%;
- представники національної меншини – 29%;
- інваліди 1 групи – 33%;
- інваліди 2 групи – 47%;
- інваліди 3 групи – 50%;
- чистий дохід на члена родини менший за 4 173 гривні – 46%.

4.3. Оцінка якості надання медичних послуг за трьома основними діагнозами: «Гіпертонія», «Бронхіальна астма», «Діабет»

4.3.1. Характеристика пацієнтів

Дослідження медичних карток за трьома обраними діагнозами в рамках обстеження «Хронометраж» показало, що більшість пацієнтів становлять жінки та особи, які належать до старших вікових груп (**Таблиця 20, А–В**). Відповідно, статевий розподіл принципово не відрізняється від результатів обстеження «Пацієнти», згідно з яким жінки та чоловіки становлять 68% та 32% усіх пацієнтів. Найбільша різниця спостерігається серед респондентів з бронхіальною астмою, де різниця між жінками та чоловіками найменша серед трьох нозологій (майже 57% та 43% відповідно).

Більша різниця спостерігається за віковою структурою, що зумовлено особливостями захворювань. Згідно з результатами обстеження «Пацієнти», особи віком до 18 років становлять 15,4% пацієнтів, віком від 18 до 39 років – майже 25%, віком від 40 до 65 років – 41%, а віком понад 65 років – 18,7%.

Серед трьох обраних захворювань діагнози «Цукровий діабет» та «Гіпертонія» повністю відсутні у молодшої вікової групи (віком до 17 років). Відповідно, спостереження для цієї групи наявні лише за астмою і становлять 5,3% пацієнтів з цим діагнозом. Це значно менше, ніж частка осіб віком до 17 років серед усіх пацієнтів (15,4%). Крім того, за астмою частка пацієнтів віком від 18 до 39 років є меншою за їх частку в загальній структурі (14,5%), а щодо осіб віком від 40 до 65 років та віком понад 65 років ця частка є більшою (понад 52% та 28% відповідно).

Якщо обмежити обстеження «Пацієнти» лише повнолітніми особами, структура пацієнтів закладів ПМД змінюється: особи віком від 18 до 39 років становлять 29%, віком від 40 до 65 років – 48%, а віком понад 65 років – 22%. Відповідно, у випадках цукрового діабету та гіпертонії пацієнти віком від 18 до 39 років становлять меншу частку, ніж у загальній структурі (1,1% та 3,1%). В той же час, пацієнти віком від 40 до 65 років становлять більшу частку, ніж у загальній структурі (понад 55% та 56% відповідно), як і пацієнти віком понад 65 років (майже 43% та 43% відповідно).

	<i>Загалом</i>	<i>Чоловіки</i>	<i>Жінки</i>
Загалом		43,1	56,9
До 17 років (включно)	5,3	3,8	1,5
Від 18 до 39 років (включно)	14,5	6,5	8
Від 40 до 65 років (включно)	52,1	22,1	30,1
Понад 65 років	28,1	10,8	17,3

Таблиця 20. Вікова та статева характеристика пацієнтів, відсотків

А) За діагнозом «Астма»

	<i>Загалом</i>	<i>Чоловіки</i>	<i>Жінки</i>
Загалом		38,1	61,9
До 17 років (включно)	0	0	0
Від 18 до 39 років (включно)	1,1	0,9	0,2
Від 40 до 65 років (включно)	56,1	23,1	33
Понад 65 років	42,8	14,2	28,6

Б) За діагнозом «Цукровий діабет»

	<i>Загалом</i>	<i>Чоловіки</i>	<i>Жінки</i>
Загалом		35,7	64,3
До 17 років (включно)	0	0	0
Від 18 до 39 років (включно)	3,1	1,1	2
Від 40 до 65 років (включно)	55,3	19,3	36
Понад 65 років	41,7	15,4	26,3

В) За діагнозом «Гіпертонія»

Джерело: обстеження «Хронометраж»

Обстеження «Хронометраж» нашої вибірки показує U-подібну залежність між розподілом пацієнтів та розміром населених пунктів (**Таблиця 21, А–В**). У всіх випадках більше половини пацієнтів припадає на малі населені пункти – села та селища міського типу. Потім частка стрімко зменшується зі зростанням кількості населення: найменша кількість пацієнтів з діагнозами «Астма», «Цукровий діабет» та «Гіпертонія» – в містах із населенням від 50 до 100 тисяч осіб та в містах з населенням більше ніж 100 тисяч осіб, які не є обласними центрами (0,8%).

	Обласний центр	Місто з населенням більше ніж 100 тис.	Місто з населенням від 50 до 100 тис.	Місто з населенням від 20 до 50 тис.	Місто з населенням менше ніж 20 тис.	Селище міського типу	Село
Загалом	20,4	0,8	1,8	10,4	11,6	22,3	32,6
За статтю							
Жінки	11,9	0,3	1,3	6,4	7,4	11,7	18,3
Чоловіки	8,5	0,5	0,5	4	4,2	10,6	14,3
За віком							
До 17 років (включно)	1,1	0	0,3	0,8	0,3	0,5	2,7
Від 18 до 39 років (включно)	3,7	0	0,8	2,4	1,3	3,7	2,4
Від 40 до 65 років (включно)	9,8	0	0,3	5,3	6,9	12,5	17,2
Понад 65 років	5,8	0,8	0,5	1,9	3,2	5,6	

Таблиця 21. Вікова та статева характеристика пацієнтів за типами населених пунктів, відсотків

А) За діагнозом «Астма»

	Обласний центр	Місто з населенням більше ніж 100 тис.	Місто з населенням від 50 до 100 тис.	Місто з населенням від 20 до 50 тис.	Місто з населенням менше ніж 20 тис.	Селище міського типу	Село
Загалом	18,5	2,1	2,3	10,1	11	25,1	30,9
За статтю							
Жінки	11,5	1,2	1,6	6,1	7	14,3	20,1
Чоловіки	7	0,9	0,7	4	4	10,8	10,8
За віком							
До 17 років (включно)	-	-	-	-	-	-	-
Від 18 до 39 років (включно)	0	0	0	0	0,5	0	0,7
Від 40 до 65 років (включно)	9,1	1,6	1,4	5,4	6,1	15,7	16,4
Понад 65 років	9,4	0,5	0,9	4,7	4,4	9,4	13,8

Б) За діагнозом «Цукровий діабет»

	Обласний центр	Місто з населенням більше ніж 100 тис.	Місто з населенням від 50 до 100 тис.	Місто з населенням від 20 до 50 тис.	Місто з населенням менше ніж 20 тис.	Селище міського типу	Село
Загалом	18,5	2,1	2,8	10,4	10,2	25	31
За статтю							
Жінки	6,7	0,5	0,7	3,9	4,4	9	10,9
Чоловіки	11,8	1,6	2,1	6,5	5,8	16	20,1
За віком							
До 17 років (включно)	0	0	0	0	0	0	0
Від 18 до 39 років (включно)	0,7	0	0	0,5	0,9	0,2	0,9
Від 40 до 65 років (включно)	10,6	1,2	2,5	6	5,3	13,4	16
Понад 65 років	7,2	0,9	0,2	3,9	3,9	11,3	14,1

В) За діагнозом «Гіпертонія»

Джерело: обстеження «Хронометраж»

Оцінка індексу маси тіла (ІМТ) показує, що в середньому за трьома обраними захворюваннями практично кожен третій респондент мав зайву вагу (**Таблиця 22, А–В**). Рекомендації МОЗ⁶ визначають, що ІМТ, менший за 18,5, вказує на недостатню вагу, від 18,5 до 25 – є еквівалентом нормальної маси тіла, від 25 до 30 – вказує на наявність зайвої ваги, понад 30 – є ознакою ожиріння.

Встановлено, що, проблеми з зайвою вагою не мають лише чоловіки та жінки з діагнозом «Астма» віком до 39 років, а також чоловіки з діагнозом «Цукровий діабет» віком до 39 років. За іншими віковими категоріями та всіма діагнозами в середньому спостерігається або надлишкова вага, або ожиріння. В середньому жінки мають більшу проблему з ожирінням, і найгострішою є ситуація у пацієнтів з цукровим діабетом.

⁶ URL: <https://moz.gov.ua/article/health/jak-viznachti-optimalnu-vagu-formula-indeksu-masi-tila>.

Індекс маси тіла розраховується шляхом ділення маси тіла (в кілограмах) на квадрат росту (в метрах квадратних).

	<i>Загалом</i>	<i>Чоловіки</i>	<i>Жінки</i>
Загалом		27,4	27,8
До 17 років (включно)	19,4	19,9	18,2
Від 18 до 39 років (включно)	24,7	24,7	24,8
Від 40 до 65 років (включно)	29,0	29,6	28,7
Понад 65 років	28,0	27,2	28,5

Таблиця 22. Розподіл індексу маси тіла (загалом, за віком і за статтю), відсотків

А) За діагнозом «Астма»

	<i>Загалом</i>	<i>Чоловіки</i>	<i>Жінки</i>
Загалом		29,1	32,4
До 17 років (включно)	-	-	-
Від 18 до 39 років (включно)	24,9	23,5	30,5
Від 40 до 65 років (включно)	32,1	29,5	33,9
Понад 65 років	30,0	28,8	30,6

Б) За діагнозом «Цукровий діабет»

	<i>Загалом</i>	<i>Чоловіки</i>	<i>Жінки</i>
Загалом		28,8	30,0
До 17 років (включно)	-	-	-
Від 18 до 39 років (включно)	31,0	27,8	32,9
Від 40 до 65 років (включно)	29,8	28,9	30,3
Понад 65 років	29,2	28,7	29,5

В) За діагнозом «Гіпертонія»

Джерело: обстеження «Хронометраж»

	Обласний центр	Місто з населенням більше ніж 100 тис.	Місто з населенням від 50 до 100 тис.	Місто з населенням від 20 до 50 тис.	Місто з населенням менше ніж 20 тис.	Селище міського типу	Село
Астма	26,8	33,2	30,6	25,7	28,5	27,9	28,3
Цукровий діабет	30,2	34,0	35,5	34,1	35,2	30,2	29,5
Гіпертонія	29,5	32,7	30,8	28,4	30,8	28,6	30,0

Таблиця 23. Розподіл індексу маси тіла за типами населених пунктів, відсотків

Джерело: обстеження «Хронометраж»

4.3.2. Перебіг захворювання, основні та супутні діагнози

Обстеження «Хронометраж» у розрізі трьох обраних захворювань (бронхіальної астми, цукрового діабету та гіпертонії) передбачає оцінку причин візиту пацієнта до лікаря ПМД з приводу основного чи супутнього діагнозу, а у випадку астми – ще й оцінку складності перебігу захворювання.

Таблиця 24 та **Таблиця 25** представляють головні причини кожного візиту пацієнтів у розрізі статі та віку. Переважно головними причинами візиту до лікаря за всіма захворюваннями є

отримання рецептів (68,6%, 80% та 67,7% відповідно) та гострі симптоми (24,8%, 14,3% та 3,1% відповідно) (**Таблиця 24, А–В**). За всіма захворюваннями та причинами візитів жінки звертаються більше, ніж чоловіки, що є відображенням загальних трендів. Аналогічною є структура візитів, пов'язаних із супутніми діагнозами.

За віковими категоріями (**Таблиця 25, А–В**) спостерігається певна відмінність у структурі головних причин візитів. У молодшій віковій групі (від 18 до 39 років) візити майже порівну розподілено між гострими симптомами та отриманням рецепта (у випадках астми та гіпертонії). Частка пацієнтів цих вікових категорій у випадку цукрового діабету є недостатньою для якісних висновків.

Слід зазначити, що у випадку діагностування гіпертонії молодші пацієнти більш схильні до відвідування лікарів для обстеження, ніж старші особи. Крім того, зі зростанням віку значно зростає відвідування закладів ПМД для отримання рецепта.

Головні причини візитів не залежать від віку лікаря, його спеціалізації та обізнаності з базою Duodocim, а також від типу закладів охорони здоров'я та типу населених пунктів.

	<i>Загалом</i>	<i>Чоловіки</i>	<i>Жінки</i>
Загалом		43,0	57,0
Гострі симптоми	24,8	10,2	14,6
Отримання рецепта	68,6	30,4	38,2
Обстеження	6,2	2,3	3,9
Направлення (стаціонар / аналізи / спеціаліст)	0,1	0,1	-
Консультація	0,1	-	0,1
Інше	0,2	-	0,2

Таблиця 24. Розподіл головної причини звернення за статтю пацієнтів, відсотків

А) За діагнозом «Астма»

	<i>Загалом</i>	<i>Чоловіки</i>	<i>Жінки</i>
Загалом		37,6	62,4
Гострі симптоми	14,3	5,6	8,7
Отримання рецепта	80,2	30,4	49,8
Обстеження	5,2	1,6	3,6
Направлення (стаціонар / аналізи / спеціаліст)	0,1	-	0,1
Консультація			
Інше	0,2	-	0,2

Б) за діагнозом «Цукровий діабет»

	<i>Загалом</i>	<i>Чоловіки</i>	<i>Жінки</i>
Загалом		36,0	64,0
Гострі симптоми	29,1	11,2	17,9
Отримання рецепта	67,7	24,1	43,7
Обстеження	3,1	0,8	2,3
Направлення (стаціонар / аналізи / спеціаліст)	-	-	-
Консультація	-	-	-
Інше	-	-	-

В) За діагнозом «Гіпертонія»

Джерело: обстеження «Хронометраж»

	<i>Загалом</i>	<i>До 17 років (включно)</i>	<i>Від 18 до 39 років (включно)</i>	<i>Від 40 до 65 років (включно)</i>	<i>Понад 65 років</i>
Загалом		4,8	14,9	51,6	28,6
Гострі симптоми	24,8	1,5	3,7	13,0	6,7
Отримання рецепта	68,6	2,7	10,1	35,2	20,5
Обстеження	6,2	0,4	1,0	3,4	1,5
Направлення (стаціонар / аналізи / спеціаліст)	0,1	-	-	0,1	-
Консультація	0,1	0,1	-	-	-
Інше	0,2	0,2	-	-	-

Таблиця 25. Розподіл головної причини звернення за віком пацієнтів, відсотків

А) За діагнозом «Астма»

	<i>Загалом</i>	<i>До 17 років (включно)</i>	<i>Від 18 до 39 років (включно)</i>	<i>Від 40 до 65 років (включно)</i>	<i>Понад 65 років</i>
Загалом		-	1,0	56,5	42,6
Гострі симптоми	14,3	-	-	8,1	6,2
Отримання рецепта	80,2	-	0,9	44,7	34,6
Обстеження	5,2	-	0,1	3,4	1,7
Направлення (стаціонар / аналізи / спеціаліст)	0,1	-	-	-	0,1
Консультація	-	-	-	-	-
Інше	0,2	-	-	0,2	-

Б) За діагнозом «Цукровий діабет»

	<i>Загалом</i>	<i>До 17 років (включно)</i>	<i>Від 18 до 39 років (включно)</i>	<i>Від 40 до 65 років (включно)</i>	<i>Понад 65 років</i>
Загалом			3,1	54,5	42,5
Гострі симптоми	29,1		1,4	17,1	10,7
Отримання рецепта	67,7		1,3	35,6	30,8
Обстеження	3,1		0,4	1,8	1,0
Направлення (стаціонар / аналізи / спеціаліст)	-	-	-	-	-
Консультація	-	-	-	-	-
Інше	-	-	-	-	-

В) За діагнозом «Гіпертонія»

Джерело: обстеження «Хронометраж»

У **Таблицях 26** та **27** представлено результати оцінки складності перебігу бронхіальної астми у респондентів. Загалом, за даними оцінки, переважна більшість респондентів незалежно від віку і статі, мали середньої важкості персистуючу бронхіальну астму (БА). Встановлено певні особливості щодо складності перебігу захворювання в окремих вікових групах. Зокрема, 40% респондентів віком до 17 років мали легку персистуючу БА (40%), 36% – середньої важкості. Зі збільшенням віку пацієнтів ступінь важкості перебігу захворювання зростає: діагноз «Середня персистуюча БА» зафіксовано у 48% респондентів віком 18–39 років, 53% – 40–65 років, 60% – віком понад 65 років; важку персистуючу БА – у 15% респондентів віком до 17 років, 12% – 18–39 років, 25% – 40–65 років, 21% – понад 65 років.

	Загалом	Чоловіки	Жінки
Загалом		42,4	57,6
Інтермінуюча	1,7	1,2	0,5
Легка персистуюча	20,4	10,6	9,8
Середня персистуюча	53,6	21,7	32,0
Важка персистуюча	21,6	8,3	13,3
Персистуюча	2,7	0,7	2,1

Таблиця 26. Розподіл складності перебігу захворювання на астму за статтю пацієнтів, відсотків

Джерело: обстеження «Хронометраж»

	Загалом	До 17 років (включно)	Від 18 до 39 років (включно)	Від 40 до 65 років (включно)	Понад 65 років
Загалом		5,5	15,5	51,8	27,2
Інтермінуюча	1,7	0,6	-	0,7	0,5
Легка персистуюча	20,4	2,2	5,3	9,0	4,0
Середня персистуюча	53,6	2,0	7,5	27,7	16,4
Важка персистуюча	21,6	0,8	1,9	13,1	5,8
Персистуюча	2,7	-	0,8	1,4	0,6

Таблиця 27. Розподіл складності перебігу захворювання на астму за віком пацієнтів, відсотків

Джерело: обстеження «Хронометраж»

Складність перебігу захворювання не залежить від віку лікаря (**Таблиця 28**), його спеціалізації (**Таблиця 29**), ознайомленості з базою Duodecim (**Таблиця 30**). Крім того, вона є дещо вищою в поліклініках (100% випадків – це важка персистуюча та середня персистуюча форми), в інших закладах цей показник становить 60–77% (**Таблиця 31**). За типами населених пунктів різниці у складності немає (**Таблиця 32**).

	Загалом	До 30 років (включно)	Від 30 до 40 років (включно)	Від 40 до 50 років (включно)	Від 50 до 60 років (включно)	Понад 60 років
Інтермінуюча	1,7	0,7	0,2	0,3	0,5	0,1
Легка персистуюча	20,3	4,3	4,9	4,0	4,6	2,4
Середня персистуюча	53,5	7,0	10,9	8,6	16,4	10,5
Важка персистуюча	21,8	3,3	4,5	7,3	4,4	2,3
Персистуюча	2,7	-	0,1	0,8	1,6	0,3

Таблиця 28. Розподіл складності перебігу захворювання на астму за віком лікаря, відсотків

Джерело: обстеження «Хронометраж»

	Загалом	Сімейний лікар	Терапевт	Педіатр	Інше
Інтермінуюча	1,7	0,9	0,6	0,3	-
Легка персистиуюча	20,5	6,7	8,8	4,4	0,6
Середня персистиуюча	53,4	15,6	26,2	8,2	3,4
Важка персистиуюча	21,7	7,0	12,0	1,8	0,9
Персистиуюча	2,7	0,5	1,8	0,5	-

Таблиця 29. Розподіл складності перебігу захворювання на астму за спеціалізацією лікаря, відсотків

Джерело: обстеження «Хронометраж»

	Загалом	1 – абсолютно ні	2	3	4	5 – абсолютно так
Інтермінуюча	1,7	0,4	-	0,3	0,4	0,5
Легка персистиуюча	20,3	6,1	0,7	0,7	2,9	10,2
Середня персистиуюча	53,5	19,0	2,0	5,1	2,0	25,7
Важка персистиуюча	21,8	6,1	0,9	0,3	1,9	12,3
Персистиуюча	2,7	0,3	0,5	-	-	1,8

Таблиця 30. Розподіл складності перебігу захворювання на астму за ознайомленістю лікаря з базою Duodecim, відсотків

Джерело: обстеження «Хронометраж»

	Загалом	ЦПМСД	Амбулаторія	Лікарня	Поліклініка
Інтермінуюча	1,7	0,9	0,1	0,7	-
Легка персистиуюча	20,3	14,8	2,7	2,7	-
Середня персистиуюча	53,5	43,6	3,7	4,2	2,0
Важка персистиуюча	21,8	15,8	1,3	3,6	1,1
Персистиуюча	2,7	2,3	0,5	-	-

Таблиця 31. Розподіл складності перебігу захворювання на астму за типом закладу, відсотків

Джерело: обстеження «Хронометраж»

	Загалом	Обласний центр	Місто з населенням більше ніж 100 тис.	Місто з населенням від 50 до 100 тис.	Місто з населенням від 20 до 50 тис.	Місто з населенням менше ніж 20 тис.	Селище міського типу	Село
Інтермінуюча	1,5	0,7	-	-	0,3	-	-	0,5
Легка персистиуюча	20,1	3,9	-	0,6	2,6	1,9	4,0	7,1
Середня персистиуюча	54,6	8,7	-	0,9	4,5	7,5	11,7	21,2
Важка персистиуюча	21,1	5,9	-	0,3	3,1	1,6	5,5	4,7
Персистиуюча	2,6	0,2	-	-	-	0,5	1,4	0,5

Таблиця 32. Розподіл складності перебігу захворювання на астму за типом населеного пункту, відсотків

Джерело: обстеження «Хронометраж»

Періодичність візитів має схожі тенденції за всіма захворюваннями. Загальна періодичність відвідування пацієнтом лікаря розраховувалася як усереднена різниця між датами першого та останнього зареєстрованого візиту. Оцінка показала, що переважно пацієнти відвідують лікаря від двох до трьох разів на місяць (**Таблиця 33**). Причому найбільш поширеною є практика відвідування лікаря раз на 20–30 днів: у зв'язку з астмою – 27%, цукровим діабетом – 21,7%, гіпертонією – 24,2%.

	<i>Астма</i>	<i>Цукровий діабет</i>	<i>Гіпертонія</i>
До 10 днів (включно)	5,2	5,8	10,1
Від 10 до 20 днів (включно)	14,0	16,5	12,7
Від 20 до 30 днів (включно)	27,0	21,7	24,2
Від 30 до 40 днів (включно)	9,6	9,7	11,0
Від 40 до 50 днів (включно)	6,6	10,2	7,9
Від 50 до 60 днів (включно)	6,1	6,1	5,5
Від 60 до 70 днів (включно)	7,2	7,5	5,8
Від 70 до 80 днів (включно)	5,2	7,5	4,1
Від 80 до 90 днів (включно)	5,0	2,7	3,4
Понад 90 днів	14,0	12,2	15,3

Таблиця 33. Розподіл кількості днів від попереднього візиту у зв'язку з трьома діагнозами, відсотків
Джерело: обстеження «Хронометраж»

Якщо ж розглянути відповідність між основною причиною (діагнозом) візиту та інтенсивністю відвідування (**Таблиця 34**), яка оцінена в кількості днів до наступного прийому, то спостерігаються такі тенденції:

- якщо причиною першого візиту є гострі симптоми прояву захворювання, тоді кількість днів до наступного візиту розподіляється відносно рівномірно між усіма категоріями. Проте у випадках астми та гіпертонії (**Таблиця 34, А та В**) спостерігається невеликий сплеск у першій категорії: наступний візит у лікаря відбувається протягом наступних 10 днів після першого візиту. Ці дані кореспондуються з результатами інших досліджень. Так, за даними українських науковців, частота візитів до лікаря залежить від важкості астми, обізнаності пацієнта з захворюванням та його лікуванням. Зазвичай після першого візиту рекомендується спостереження за хворим через 1–3 місяці, далі – кожні 3 місяці. При загостренні візит спостереження треба провести через 2 тижні – 1 місяць після його закінчення (рівень доказовості D)⁷;
- якщо причиною першого візиту є отримання рецепта, наступний візит переважно відбувається через 20–40 днів. Суттєвої різниці між захворюваннями немає.

⁷ Ю.І. Феценко, Л.О. Яшина, М.О. Полянська, В.І. Ігнат'єва, С.М. Москаленко, І.В. Зволь, Н.В. Крамарська. Бронхіальна астма у дорослих осіб: етіологія, патогенез, класифікація, діагностика, лікування (проект Національної угоди) / Український пульмонологічний журнал. 2013, № 3. Додаток, с. 13–19.

	Гострі симптоми	Отримання рецепта	Обстеження	Направлення	Консультація	Інше
До 10 днів (включно)	3,8	5,1	0,7	-	0,1	-
Від 10 до 20 днів (включно)	1,5	4,8	0,6	-	-	-
Від 20 до 30 днів (включно)	2,1	10,7	0,6	-	-	0,1
Від 30 до 40 днів (включно)	2,8	12,9	2,0	-	-	-
Від 40 до 50 днів (включно)	2,0	4,9	0,1	0,1	-	-
Від 50 до 60 днів (включно)	1,1	3,9	0,3	-	-	-
Від 60 до 70 днів (включно)	1,4	5,8	0,3	-	-	-
Від 70 до 80 днів (включно)	0,8	1,4	0,1	-	-	-
Від 80 до 90 днів (включно)	0,6	1,8	0,3	-	-	-
Понад 90 днів	10,0	14,9	2,4	-	-	-

Таблиця 34. Розподіл кількості днів від попереднього візиту у зв'язку з основним діагнозом за причиною візиту, відсотків

А) За діагнозом «Астма»

	Гострі симптоми	Отримання рецепта	Обстеження	Направлення	Консультація	Інше
До 10 днів (включно)	1,9	7,3	1,9	-	-	0,1
Від 10 до 20 днів (включно)	1,0	4,4	0,6	-	-	-
Від 20 до 30 днів (включно)	1,8	10,9	0,3	0,1	-	-
Від 30 до 40 днів (включно)	1,1	14,4	0,9	-	-	-
Від 40 до 50 днів (включно)	0,5	4,9	0,3	-	-	-
Від 50 до 60 (включно)	1,8	3,6	0,5	-	-	0,1
Від 60 до 70 днів (включно)	1,0	7,7	0,6	-	-	-
Від 70 до 80 днів (включно)	0,4	2,6	0,1	-	-	-
Від 80 до 90 днів (включно)	0,6	3,5	0,1	-	-	-
Понад 90 днів	5,5	17,4	2,0	-	-	-

Б) За діагнозом «Цукровий діабет»

	Гострі симптоми	Отримання рецепта	Обстеження	Направлення	Консультація	Інше
До 10 днів (включно)	6,0	7,4	0,6	-	-	-
Від 10 до 20 днів (включно)	1,9	5,0	0,2	-	-	-
Від 20 до 30 днів (включно)	2,6	8,9	0,5	-	-	-
Від 30 до 40 днів (включно)	3,1	15,0	0,5	-	-	-
Від 40 до 50 днів (включно)	1,1	3,0	-	-	-	-
Від 50 до 60 днів (включно)	1,7	3,8	0,1	-	-	-
Від 60 до 70 днів (включно)	1,6	4,6	0,1	-	-	-
Від 70 до 80 днів (включно)	1,0	1,5	0,1	-	-	-
Від 80 до 90 днів (включно)	1,1	2,4	-	-	-	-
Понад 90 днів	9,7	15,4	1,0	-	-	-

В) За діагнозом «Гіпертонія»

Джерело: обстеження «Хронометраж»

	Інтермінуюча	Легка персистуюча	Середня персистуюча	Важка персистуюча	Персистуюча
До 10 днів (включно)	0,7	1,5	5,4	1,7	-
Від 10 до 20 днів (включно)	0,1	0,4	4,9	1,5	-
Від 20 до 30 днів (включно)	0,1	2,2	6,7	4,1	0,3
Від 30 до 40 днів (включно)	-	2,3	9,3	4,8	0,7
Від 40 до 50 днів (включно)	-	1,2	4,7	1,7	0,3
Від 50 до 60 днів (включно)	-	1,2	3,3	0,9	-
Від 60 до 70 днів (включно)	-	2,0	4,8	0,7	0,3
Від 70 до 80 днів (включно)	-	0,7	1,2	0,1	-
Від 80 до 90 днів (включно)	0,1	0,9	1,3	0,6	-
Понад 90 днів	0,3	8,3	12,8	5,1	0,7

Таблиця 35. Розподіл кількості днів від попереднього візиту пацієнтів з діагнозом «Астма» за складністю, відсотків

Джерело: обстеження «Хронометраж»

4.3.3. Повнота надання послуг та якість лікування

Астма

Оцінка бронхіальної астми проводиться за рівнем контролю перебігу та ступенем важкості цього захворювання. Ключовими показниками для оцінки стану пацієнта є моніторинг пікової швидкості видиху (ПШВ), об'єму форсованого видиху (ОФВ1), життєвої ємності легень (ЖЄЛ) та Індексу Тіфно. Експерти вказують, що весь арсенал діагностичних досліджень і фенотипування

проводиться для досягнення однієї мети – успішного лікування патології, досягнення та підтримання якомога вищої якості життя пацієнта. За даними дослідження встановлено недостатній рівень контролю БА на рівні первинної медичної допомоги: лише близько 20% медичних карток містять дані щодо моніторингу вказаних вище показників, в тому числі про ПШВ – 19,4%, ОФВ1 – 22,3%, ЖЄЛ – 19,6% та Індекс Тіфно – 18,3% (**Рисунок 15**).

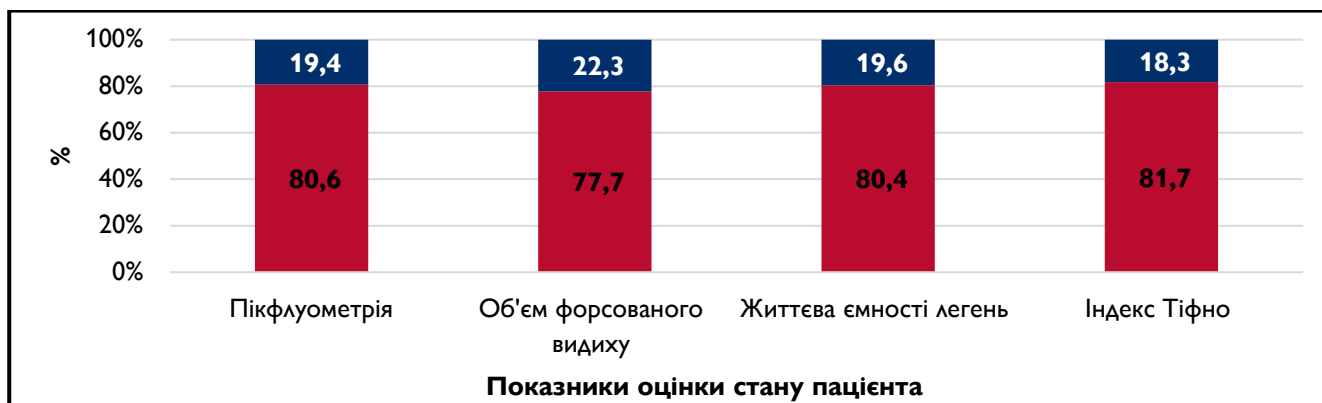


Рисунок 15. Наявність показників оцінки стану пацієнта в записі візиту, відсотків

Джерело: обстеження «Хронометраж»

Дані щодо відсутності у 80,6% медичних записів інформації про заміри ПШВ не співвідносяться з даними моніторингу матеріальної забезпеченості закладів пікфлоуметрами. Відповідно до моніторингу, 80% закладів мають ці апарати, більше того, 67% закладів за кількістю апаратів відповідають табелям оснащення. Загалом 78% записів, зроблених у закладах, які мають пікфлоуметри, не містять інформації щодо замірів ПШВ. Це свідчить про те, що лікарі нехтують цією процедурою. Найкраща ситуація – в лікарнях та містах із населенням менше ніж 20 тисяч осіб, де 40% та 32% записів містять заміри ПШВ, а найгірша – в поліклініках (3%) та містах з населенням більше ніж 100 тисяч осіб (0%) та з населенням від 50 до 100 тисяч осіб (0%).

Відповідно, аналіз даних вказує на те, що для прийняття рішень лікарі ПМД не мають достатньої інформації, яка базується на оцінці контролю клінічних проявів (**Таблиця 36**). Рівень достатності проведених тестів не залежить від віку лікаря, за винятком лікарів віком від 30 до 40 років, у яких кількість проведених тестів вища, ніж у інших вікових груп (**Таблиця 37**).

	Так	Ні	Недостатньо даних
Достатність виконаних тестів для прийняття рішень	24,2	73,8	2,0
Відповідність призначень схемі терапії	40,4	55,3	4,4
Ліки сумісні з діагнозом	94,5	5,0	0,5
Ліки є фуфломіцинами	3,5	96,0	0,5

Таблиця 36. Достатність проведених тестів та відповідність призначень схемі лікування, відсотків

Джерело: обстеження «Хронометраж» та експертні оцінки.

	<i>Загалом</i>	До 30 років (включно)	Від 30 до 40 років (включно)	Від 40 до 50 років (включно)	Від 50 до 60 років (включно)	Понад 60 років
Так	24,2	3,3	9,9	2,5	6,4	2,0
Ні	73,8	11,2	8,7	17,8	21,4	14,8
Недостатньо даних	2,0	-	1,8	-	0,3	-

Таблиця 37. Достатність виконаних тестів для прийняття рішень та вік лікаря, відсотків

Джерело: обстеження «Хронометраж»

Так само немає зв'язку з ознайомленістю з базою Duodecim. У розрізі спеціалізації найвищий рівень достатності проведення тестів у сімейних лікарів (33%), тоді як у терапевтів та педіатрів він становить 22,3% та майже 15% (**Таблиця 38**).

	<i>Загалом</i>	Сімейний лікар	Терапевт	Педіатр	Інше
Так	24,4	10,0	10,3	3,3	0,8
Ні	73,6	18,2	39,2	11,5	4,6
Недостатньо даних	2,1	1,8	0,3	-	-

Таблиця 38. Достатність виконаних тестів для прийняття рішень та спеціалізація лікаря, відсотків

Джерело: обстеження «Хронометраж»

Проте ситуація дещо краща з відповідністю призначень схемі лікування, які б тримали захворювання під контролем. Рівень цієї відповідності не залежить від віку лікаря (**Таблиця 39**) та його ознайомленості з базою Duodecim. За спеціалізацією найвищий рівень відповідності призначень схемі лікування у терапевтів (45%), тоді як у сімейних лікарів та педіатрів він становить 38,5% та 31% (**Таблиця 40**).

	<i>Загалом</i>	До 30 років (включно)	Від 30 до 40 років (включно)	Від 40 до 50 років (включно)	Від 50 до 60 років (включно)	Понад 60 років
Так	40,4	6,4	7,7	9,3	11,6	5,4
Ні	55,3	7,7	11,8	10,5	15,9	9,3
Недостатньо даних	4,4	0,3	0,3	0,8	1,5	1,5

Таблиця 39. Відповідність призначень схемі терапії та вік лікаря, відсотків

Джерело: обстеження «Хронометраж»

	<i>Загалом</i>	Сімейний лікар	Терапевт	Педіатр	Інше
Так	40,7	11,4	22,5	4,7	2,1
Ні	54,9	17,4	24,6	10,4	2,6
Недостатньо даних	4,4	0,8	2,8	-	0,8

Таблиця 40. Відповідність призначень схемі терапії та спеціалізація лікаря, відсотків

Джерело: обстеження «Хронометраж»

Рівень призначення ліків, які не мають доведеного лікувального ефекту, є дуже низьким (3,5%). Переважно призначаються засоби, що застосовуються для лікування основного захворювання

згідно з протоколом лікування (73,7%), та засоби, які призначаються для лікування інших хвороб (можливо, супутніх захворювань) і мають доказову базу (22,8%).

Призначення ліків, які не мають доведеного лікувального ефекту (фуфломіцинів), не залежить від віку лікаря (Таблиця 41), його спеціалізації (Таблиця 42), рівня обізнаності з базою Duodecim (Таблиця 43), типу закладу (Таблиця 44) та типу населеного пункту (Таблиця 45).

	<i>Загалом</i>	До 30 років (включно)	Від 30 до 40 років (включно)	Від 40 до 50 років (включно)	Від 50 до 60 років (включно)	Понад 60 років
Так	3,5	0,3	0,8	0,3	1,3	1,0
Ні	96,0	14,1	19,2	19,9	27,0	15,7
Недостатньо даних	0,5	-	0,3	-	0,3	-

Таблиця 41. Призначення ліків-фуфломіцинів та вік лікаря, відсотків

Джерело: обстеження «Хронометраж»

	<i>Загалом</i>	Сімейний лікар	Терапевт	Педіатр	Інше
Так	3,6	1,0	2,5	-	-
Ні	95,9	28,5	47,3	14,8	5,3
Недостатньо даних	0,5	0,3	0,3	-	-

Таблиця 42. Призначення ліків-фуфломіцинів та спеціалізація лікаря, відсотків

Джерело: обстеження «Хронометраж»

	<i>Загалом</i>	1 – абсолютно ні	2	3	4	5 – абсолютно так
Так	3,7	1,3	-	0,5	0,8	1,0
Ні	95,8	30,0	3,7	5,7	6,0	50,4
Недостатньо даних	0,5	-	-	-	-	0,5

Таблиця 43. Призначення ліків-фуфломіцинів та ознайомленість лікаря з базою Duodecim, відсотків

Джерело: обстеження «Хронометраж»

	<i>Загалом</i>	ЦПМСД	Амбулаторія	Лікарня	Поліклініка
Так	3,6	3,1	0,3	0,3	-
Ні	96,0	73,8	7,7	11,3	3,3
Недостатньо даних	0,4	0,4	-	-	-

Таблиця 44. Призначення ліків-фуфломіцинів та тип закладу, відсотків

Джерело: обстеження «Хронометраж»

	Загалом	Обласний центр	Місто з населенням більше ніж 100 тис.	Місто з населенням від 50 до 100 тис.	Місто з населенням від 20 до 50 тис.	Місто з населенням менше ніж 20 тис.	Селище міського типу	Село
Так	3,5	0,3	-	-	-	0,9	0,7	1,7
Ні	96,1	20,1	0,4	1,5	10,1	11,1	21,2	31,7
Недостатньо даних	0,4	-	-	0,3	-	-	0,1	-

Таблиця 45. Призначення ліків-фуфломіцинів та тип населеного пункту, відсотків

Джерело: обстеження «Хронометраж»

Хоча для оцінки динаміки показників недостатньо даних, можна зробити висновки щодо достатності повторних звернень. Лише у 23,7% випадків можна сказати, що проведених візитів недостатньо, а випадки з занадто частим відвідуванням лікаря становлять приблизно таку саму частку (23,5%). У майже 43% випадків проведеної кількості візитів достатньо.

Загалом 63,1% призначених лікарських засобів покривається програмою «Доступні ліки» Серед ліків, які призначаються найчастіше:

- Салбутамол (31%);
- Будесонід (16%);
- Салметерол / Флутиказон (7%);
- Беклометазон (6%).

Цукровий діабет

Ключовими показниками для схеми лікування та оцінки стану пацієнта з цукровим діабетом є консультування щодо дієти, контроль рівня глікозильованого гемоглобіну HbA1C і моніторинг рівня глюкози та артеріального тиску. Моніторинг цих показників показав, що 81,3% пацієнтів не мають інформації щодо контролю рівня глікозильованого гемоглобіну HbA1C, 93% пацієнтів отримували консультації щодо харчування, 97% пацієнтів проводили вимірювання артеріального тиску (показники наведено в **Таблиця 46**). Найкраща ситуація з тестуванням HbA1C у ЦПМСД та містах з населенням більше ніж 100 тисяч осіб, де 21% та 56% записів містять заміри ПШВ, а найгірша – в амбулаторіях (3%) та в селищах і селах (13% та 12% відповідно), що може вказувати на різні рівні доступності обстеження на глікозильований гемоглобін.

		Діастолічний артеріальний тиск						Загалом
		Відсутні дані	До 84 (включно)	Від 84 до 89 (включно)	Від 89 до 99 (включно)	Від 99 до 109 (включно)	Більше 109	
Систолічний артеріальний тиск	Відсутні дані	3,0	-	-	-	-	-	3,0
	До 129 (включно)	-	8,0	0,8	0,1	0,1	-	9,0
	Від 129 до 139 (включно)	-	14,1	2,0	3,4	-	-	19,5
	Від 139 до 159 (включно)	-	16,2	3,6	24,6	2,6	0,1	47,0
	Від 159 до 179 (включно)	-	3,4	0,7	6,7	5,2	0,5	16,5
	Більше 179	-	0,5	0,1	1,2	2,0	1,1	4,9
	Загалом	3,0	42,2	7,0	36,0	9,9	1,7	

Таблиця 46. Показники вимірювання артеріального тиску, відсотків

Джерело: обстеження «Хронометраж»

Відповідно, за цукровим діабетом лікарі ПМД переважно не проводять достатньої кількості та типів тестів для прийняття рішень та отримання достатньої кількості даних (Таблиця 47). Рівень достатності проведених тестів не залежить від віку лікаря, за винятком лікарів віком понад 60 років, у яких кількість проведених тестів нижча, ніж у інших вікових груп (Таблиця 48). Але він вищий у лікарів, які краще ознайомлені з базою Duodecim (Таблиця 49), а за спеціалізацією найвищий у сімейних лікарів (31%) (Таблиця 50).

	Так	Ні	Недостатньо даних
Достатність внесених даних для прийняття рішень / правильність ведення амб. карток	24,0	20,2	55,7
Достатність виконаних тестів для прийняття рішень	22,5	20,2	57,3
Відповідність ліків основному захворюванню	90,3	9,7	
Відповідність препаратів (назв та списку) категорії складності захворювання	83,8	16,2	
Відповідність призначень схемі терапії	85,8	14,2	
Ліки сумісні з діагнозом	98,4	1,6	
Ліки є фуфломіцинами	5,4	94,6	

Таблиця 47. Достатність проведених тестів та відповідність призначень схемі лікування, відсотків

Джерело: обстеження «Хронометраж»

	Загалом	До 30 років (включно)	Від 30 до 40 років (включно)	Від 40 до 50 років (включно)	Від 50 до 60 років (включно)	Понад 60 років
Так	22,5	4,0	5,2	4,7	6,5	2,0
Ні	20,2	2,7	3,6	7,0	3,8	3,1
Недостатньо даних	57,3	7,2	11,5	10,8	17,3	10,6

Таблиця 48. Достатність виконаних тестів для прийняття рішень та вік лікаря, відсотків

Джерело: обстеження «Хронометраж»

	Загалом	1 – абсолютно ні	2	3	4	5 – абсолютно так
Так	23,1	6,5	-	0,2	2,5	13,9
Ні	20,1	8,6	0,5	1,4	0,5	9,3
Недостатньо даних	56,7	19,4	3,7	4,6	3,5	25,5

Таблиця 49. Достатність виконаних тестів для прийняття рішень та ознайомленість лікаря з базою Duodecim, відсотків

Джерело: обстеження «Хронометраж»

	Загалом	Сімейний лікар	Терапевт	Педіатр	Інше
Так	22,6	8,6	9,5	3,4	1,1
Ні	20,4	4,8	12,0	3,6	-
Недостатньо даних	57,0	14,5	29,2	9,0	4,3

Таблиця 50. Достатність виконаних тестів для прийняття рішень та спеціалізація лікаря, відсотків

Джерело: обстеження «Хронометраж»

За даними експертної оцінки, ситуація з відповідністю призначень схемі лікування та відповідності призначених ліків стану пацієнта є кращою порівняно з призначенням діагностичних тестів (**Таблиця 47**). Відповідність призначень схемі лікування не залежить від віку лікаря (за винятком найстаршої вікової групи) (**Таблиця 51**) та ознайомленості з базою Duodecim. З іншого боку, за спеціалізацією найвищий рівень достатності проведення тестів у терапевтів (90%), тоді як у сімейних лікарів та педіатрів він становить 81% та 77% (**Таблиця 52**).

	Загалом	До 30 років (включно)	Від 30 до 40 років (включно)	Від 40 до 50 років (включно)	Від 50 до 60 років (включно)	Понад 60 років
Так	85,8	12,6	16,2	18,9	25,2	13,0
Ні	14,2	1,3	4,0	3,6	2,5	2,7

Таблиця 51. Відповідність призначень схемі терапії та вік лікаря, відсотків

Джерело: обстеження «Хронометраж»

	Загалом	Сімейний лікар	Терапевт	Педіатр	Інше
Так	85,7	22,6	45,5	12,4	5,2
Ні	14,3	5,2	5,2	3,6	0,2

Таблиця 52. Відповідність призначень схемі терапії та спеціалізація лікаря, відсотків

Джерело: обстеження «Хронометраж»

Рівень призначення ліків, які не мають доведеного лікувального ефекту, є дуже низьким (5,4%) (**Таблиця 47**). Переважно призначаються засоби, що застосовуються для лікування основного захворювання згідно з протоколом лікування (52,8%), та засоби, які призначаються для лікування інших хвороб (можливо, супутніх захворювань) і мають доказову базу (45,3%).

Призначення ліків, які не мають доведеного лікувального ефекту (фуфломіцинів), не залежить від віку лікаря (**Таблиця 53**), його спеціалізації (**Таблиця 54**), рівня обізнаності з базою Duodecim (**Таблиця 55, Таблиця 43**). З іншого боку, він є дещо вищим в амбулаторіях (17%) (**Таблиця 56**) та селищах і селах (6% та 10% відповідно) (**Таблиця 57**).

	Загалом	До 30 років (включно)	Від 30 до 40 років (включно)	Від 40 до 50 років (включно)	Від 50 до 60 років (включно)	Понад 60 років
Так	5,4	0,5	0,7	1,1	1,1	2,0
Ні	94,6	13,5	19,6	21,4	26,2	13,8

Таблиця 53. Призначення ліків-фуфломіцинів та вік лікаря, відсотків

Джерело: обстеження «Хронометраж»

	Загалом	Сімейний лікар	Терапевт	Педіатр	Інше
Так	5,5	1,6	3,2	0,7	-
Ні	94,5	26,4	47,5	15,2	5,5

Таблиця 54. Призначення ліків-фуфломіцинів та спеціалізація лікаря, відсотків

Джерело: обстеження «Хронометраж»

	Загалом	1 – абсолютно ні	2	3	4	5 – абсолютно так
Так	5,3	1,6	0,2	0,2	0,5	2,8
Ні	94,7	33,0	4,0	5,8	6,0	45,8

Таблиця 55. Призначення ліків-фуфломіцинів та ознайомленість лікаря з базою Duodecim, відсотків
Джерело: обстеження «Хронометраж»

	Загалом	ЦПМСД	Амбулаторія	Лікарня	Поліклініка
Так	5,5	3,6	1,6	0,2	-
Ні	94,5	71,8	7,7	11,6	3,4

Таблиця 56. Призначення ліків-фуфломіцинів та тип закладу, відсотків
Джерело: обстеження «Хронометраж»

	Загалом	Обласний центр	Місто з населенням більше ніж 100 тис.	Місто з населенням від 50 до 100 тис.	Місто з населенням від 20 до 50 тис.	Місто з населенням менше ніж 20 тис.	Селище міського типу	Село
Так	4,8	0,2	-	-	-	-	1,4	3,1
Ні	95,2	18,4	2,1	2,1	10,3	11,2	22,9	28,2

Таблиця 57. Призначення ліків-фуфломіцинів та тип населеного пункту, відсотків
Джерело: обстеження «Хронометраж»

Оцінка динаміки показників є переважно нейтральною (39,3%) або позитивною (22,5%), а у 23,4% випадків даних для оцінки недостатньо. Крім того, можна зробити висновки щодо достатності повторних звернень. За даними експертної оцінки, у 43,8% випадків проведених лікарських візитів було недостатньо. Випадки з занадто частим відвідуванням лікаря становлять 16,8%. У майже 39,5% випадків проведеної кількості візитів достатньо.

Загалом 80,5% призначених лікарських засобів покривається програмою «Доступні ліки» Серед ліків, які призначаються найчастіше:

- Метформін (28%);
- Гліклазид (14%);
- Еналаприл (8%);
- Клопідогрель (6%);
- Бісопролол (5%).

Гіпертонія

Ключовими показниками для схеми лікування та оцінки стану пацієнта з гіпертонією є консультування щодо дієти і моніторинг вмісту білка та артеріального тиску. Моніторинг цих показників показав, що 91,2% пацієнтів отримували консультації щодо харчування, 96,7% пацієнтів проводили вимірювання артеріального тиску (**Таблиця 58**).

		Діастолічний артеріальний тиск						
		Відсутні дані	До 84 (включно)	Від 84 до 89 (включно)	Від 89 до 99 (включно)	Від 99 до 109 (включно)	Більше 109	Загалом
Систолічний артеріальний тиск	Відсутні дані	3,0	-	-	-	-	-	3,0
	До 129 (включно)	-	8,0	0,8	0,1	0,1	-	9,0
	Від 129 до 139 (включно)	-	14,1	2,0	3,4	-	-	19,5
	Від 139 до 159 (включно)	-	16,2	3,6	24,6	2,6	0,1	47,0
	Від 159 до 179 (включно)	-	3,4	0,7	6,7	5,2	0,5	16,5
	Більше 179	-	0,5	0,1	1,2	2,0	1,1	4,9
	Загалом	3,0	42,2	7,0	36,0	9,9	1,7	

Таблиця 58. Показники вимірювання артеріального тиску, відсотків

Джерело: обстеження «Хронометраж»

Відповідно, ситуація з проведенням достатньої кількості та типів тестів для прийняття рішень та достатньої кількості даних у випадку гіпертонії є найкращою з трьох обраних захворювань (**Таблиця 59**). У 58,3% випадків внесено дані для прийняття рішень, а у 84,6% випадків було проведено достатню кількість необхідних тестів.

	Так	Ні	Недостатньо даних
Достатність внесених даних для прийняття рішень / правильність ведення амб. карток	58,3	7,9	33,8
Достатність виконаних тестів для прийняття рішень	84,6	6,6	8,8
Відповідність ліків основному захворюванню.	95,8	4,2	
Відповідність препаратів (назв та списку) категорії складності захворювання	96,0	4,0	
Відповідність призначень схемі терапії	88,5	11,5	
Ліки сумісні з діагнозом	99,8	0,2	
Ліки є фуфломіцинами	12,8	87,2	

Таблиця 59. Достатність проведених тестів та відповідність призначень схемі лікування, відсотків

Джерело: обстеження «Хронометраж» та експертні оцінки.

Рівень достатності проведених тестів не залежить від віку лікаря, за винятком лікарів віком понад 60 років, у яких кількість проведених тестів нижча, ніж у інших вікових груп (**Таблиця 60**). Крім того, він не залежить від рівня ознайомленості з базою Duodecim (**Таблиця 61**) та спеціалізації лікаря (**Таблиця 62**).

	Загалом	До 30 років (включно)	Від 30 до 40 років (включно)	Від 40 до 50 років (включно)	Від 50 до 60 років (включно)	Понад 60 років
Так	84,6	12,6	17,6	18,3	24,9	11,2
Ні	6,6	0,7	1,1	1,1	2,2	1,5
Недостатньо даних	8,8	1,8	2,0	2,6	0,4	2,0

Таблиця 60. Достатність виконаних тестів для прийняття рішень та вік лікаря, відсотків

Джерело: обстеження «Хронометраж»

	<i>Загалом</i>	1 – абсолютно ні	2	3	4	5 – абсолютно так
Так	84,1	28,2	3,4	6,1	5,7	40,7
Ні	6,8	0,9	0,2	0,7	0,5	4,5
Недостатньо даних	9,1	4,8	0,5	-	0,2	3,6

Таблиця 61. Достатність виконаних тестів для прийняття рішень та ознайомленість лікаря з базою Duodecim, відсотків

Джерело: обстеження «Хронометраж»

	<i>Загалом</i>	Сімейний лікар	Терапевт	Педіатр	Інше
Так	84,5	24,6	40,8	14,0	5,1
Ні	6,7	1,1	4,9	0,7	-
Недостатньо даних	8,9	3,5	4,2	0,9	0,2

Таблиця 62. Достатність виконаних тестів для прийняття рішень та спеціалізація лікаря, відсотків

Джерело: обстеження «Хронометраж»

Як і у випадках астми та цукрового діабету, ситуація з відповідністю призначень схемі лікування та відповідності призначених ліків стану пацієнта з гіпертонією загалом відповідають рекомендованим схемам лікування (**Таблиця 59**). Відповідність призначень схемі лікування не залежить від віку лікаря (**Таблиця 63**, **Таблиця 39**), його спеціалізації (**Таблиця 64**) та ознайомленості з базою Duodecim (**Таблиця 65**).

	<i>Загалом</i>	До 30 років (включно)	Від 30 до 40 років (включно)	Від 40 до 50 років (включно)	Від 50 до 60 років (включно)	Понад 60 років
Так	88,5	13,7	18,4	18,6	25,2	12,6
Ні	11,5	1,3	2,4	3,3	2,4	2,0

Таблиця 63. Відповідність призначень схемі терапії та вік лікаря, відсотків

Джерело: обстеження «Хронометраж»

	<i>Загалом</i>	Сімейний лікар	Терапевт	Педіатр	Інше
Так	88,6	26,1	45,0	12,5	5,1
Ні	11,4	3,3	4,7	3,1	0,2

Таблиця 64. Відповідність призначень схемі терапії та спеціалізація лікаря, відсотків

Джерело: обстеження «Хронометраж»

	<i>Загалом</i>	1 – абсолютно ні	2	3	4	5 – абсолютно так
Так	88,4	30,1	3,4	5,7	6,2	42,9
Ні	11,6	3,9	0,7	1,1	0,2	5,7

Таблиця 65. Відповідність призначень схемі терапії та ознайомленість лікаря з базою Duodecim, відсотків

Джерело: обстеження «Хронометраж»

З іншого боку, при гіпертонії рівень призначення ліків, які не мають доведеного лікувального ефекту, є вищим, ніж у випадках астми та цукрового діабету (12,8%) (**Таблиця 59**). Переважно призначаються засоби, що застосовуються для лікування основного захворювання згідно з протоколом лікування (57,3%), та засоби, які призначаються для лікування інших хвороб (можливо, супутніх захворювань) і мають доказову базу (41,1%).

Призначення ліків, які не мають доведеного лікувального ефекту (фуфломіцинів), є більшим у лікарів віком від 40 до 50 років (22%) та віком від 30 до 40 років (16%) (**Таблиця 66, Таблиця 41**), у терапевтів (20%) (**Таблиця 67, Таблиця 42**), лікарів, які мало ознайомлені базою Duodecim (44%) (**Таблиця 68**). Також воно є вищим в амбулаторіях (26%) та ЦПМСД (13%) (**Таблиця 69**), але не залежить від типу населеного пункту (**Таблиця 70**).

	Загалом	До 30 років (включно)	Від 30 до 40 років (включно)	Від 40 до 50 років (включно)	Від 50 до 60 років (включно)	Понад 60 років
Так	12,8	0,9	3,3	4,9	2,0	1,8
Ні	87,2	14,2	17,5	17,0	25,7	12,8

Таблиця 66. Призначення ліків-фуфломіцинів та вік лікаря, відсотків

Джерело: обстеження «Хронометраж»

	Загалом	Сімейний лікар	Терапевт	Педіатр	Інше
Так	12,9	3,1	5,8	3,1	0,9
Ні	87,1	26,3	43,9	12,5	4,5

Таблиця 67. Призначення ліків-фуфломіцинів та спеціалізація лікаря, відсотків

Джерело: обстеження «Хронометраж»

	Загалом	1 – абсолютно ні	2	3	4	5 – абсолютно так
Так	12,8	4,3	1,8	0,5	0,9	5,3
Ні	87,2	29,7	2,3	6,4	5,5	43,4

Таблиця 68. Призначення ліків-фуфломіцинів та ознайомленість лікаря з базою Duodecim, відсотків

Джерело: обстеження «Хронометраж»

	Загалом	ЦПМСД	Амбулаторія	Лікарня	Поліклініка
Так	12,9	9,6	2,4	0,7	0,2
Ні	87,1	66,1	6,7	11,1	3,1

Таблиця 69. Призначення ліків-фуфломіцинів та тип закладу, відсотків

Джерело: обстеження «Хронометраж»

	Загалом	Обласний центр	Місто з населенням більше ніж 100 тис.	Місто з населенням від 50 до 100 тис.	Місто з населенням від 20 до 50 тис.	Місто з населенням менше ніж 20 тис.	Селище міського типу	Село
Так	13,6	2,1	-	0,5	1,4	0,9	4,0	4,7
Ні	86,4	16,4	2,1	2,3	9,1	9,1	20,8	26,6

Таблиця 70. Призначення ліків-фуфломіцинів та тип населеного пункту, відсотків

Джерело: обстеження «Хронометраж»

Оцінка динаміки показників є переважно нейтральною (28,6%) або позитивною (35,2%), а у 11,7% випадків для оцінки недостатньо інформації. Крім того, можна зробити висновки щодо достатності повторних звернень: лише у 23,2% випадків можна сказати, що проведених візитів недостатньо. Випадки з занадто частим відвідуванням лікаря становлять значну частину (40,4%), а у 29,8% випадків проведеної кількості візитів достатньо.

Загалом 72,5% призначених лікарських засобів покривається програмою «Доступні ліки» Серед ліків, які призначаються найчастіше:

- Еналаприл (12%);
- Клопідогрель (11%);
- Бісопролол (10%);
- Амлодипін (10%);
- Ацетилсаліцилова кислота (6%).

4.4. Узагальнення досвіду лікарів ПМД щодо надання медичних послуг пацієнтам після запровадження капітації: бажані та небажані зміни

ПРОФІЛЬ ЛІКАРЯ ПЕРВИННОЇ ЛАНКИ



4.4.1. Описова характеристика лікарів ПМД

Опитування головних лікарів показало, що майже 60% закладів мають дефіцит кадрового забезпечення (**Рисунок 16**). Найбільш гостро проблеми з забезпеченням медичним персоналом

фіксується у поліклініках – майже 88% головних лікарів цих закладів вказали на наявність такої проблеми. Разом з тим, лише 42% амбулаторій та 44% лікарень вказали на дефіцит медичного персоналу.



Рисунок 16. Наявність дефіциту медичних кадрів, відсотків

Джерело: обстеження «Головні лікарі»

Аналіз демографічної структури лікарів ПМД показав, що абсолютну більшість лікарів досліджуваної вибірки становлять жінки (79,8%). За віковою структурою переважають лікарі віком від 50 до 60 років (27%) та від 40 до 50 років (22,7%). Водночас, існує проблема забезпечення закладів ПМД «молодими кадрами»: лікарі вікової категорії до 30 років становлять лише 14,1%.

Слід зазначити, що, за їхніми особистими заявами, лікарі переважно працюють лише в одному закладі: частка тих, хто працює в кількох закладах охорони здоров'я, становить 7,4%. З іншого боку, верифікація цих даних у рамках проведеного дослідження не можлива.

Така ситуація не є новою як для системи охорони здоров'я загалом, так і для первинної ланки. Кадрова ситуація була досить складною ще до початку реформи, частка медичних працівників пенсійного віку серед усіх спеціальностей становила майже 31% серед лікарів і 16,6% – серед середнього медичного персоналу (2018)⁸. А сподівання, що запровадження нового фінансового механізму та збільшення оплати праці на рівні ПМД дозволять забезпечити «вливання» молодих кадрів, як видно за даними цього дослідження, поки що не справдилися, і одна з причин – це досить незначний часовий проміжок реалізації реформ. Ці дані підтверджуються і результатами іншого дослідження⁹, проведеного Проектом USAID «Підтримка реформи охорони здоров'я», де

⁸ Питома вага вікових категорій лікарів та молодших спеціалістів з медичною освітою закладів охорони здоров'я сфери управління органів управління охороною здоров'я АР Крим, обласних, Київської та Севастопольської міських державних адміністрацій, за даними автоматизованої бази даних медичних, фармацевтичних та науково-педагогічних працівників сфери управління МОЗ України станом на 31.12.2017.

⁹ Кадрові ресурси системи охорони здоров'я в Україні. Ситуаційний аналіз / Д. Богдан, А. Бойко, А. Василькова та ін. Проект USAID «Підтримка реформи охорони здоров'я». Київ, 2019. С. 6.

вказується на недостатність кадрового резерву студентів за спеціальностями «Медицина» та «Медсестринство» для заміни наявного медичного персоналу пенсійного віку.

Аналіз статистичних даних про укладення декларацій показав, що переважно (53,4%) один лікар має від 1 500 до 2 000 декларацій (**Рисунок 17**). Частка лікарів, у яких дуже мало укладених декларацій (менше 500), становить лише 0,6%, і це переважно молоді сімейні лікарі (стаж менше 10 років). Частка лікарів, з якими укладено понад 2 500 декларацій, становить 1,8%. Переважно це лікарі зі стажем роботи понад 30 років та лікарі, які мали первинний фах з терапії.

За загальним стажем роботи лікарі ПМД розподіляються відносно порівну між чотирма категоріями (до 10 років, 10–20 років, 20–30 років та 30–40 років), які становлять відповідно 25,8%, 20,2%, 21,5% та 26,4% (**Таблиця 71**). З іншого боку, в розподілі стажу роботи за поточною спеціальністю та в теперішньому закладі домінує категорія до 10 років – 47,9% та 40,5% відповідно.

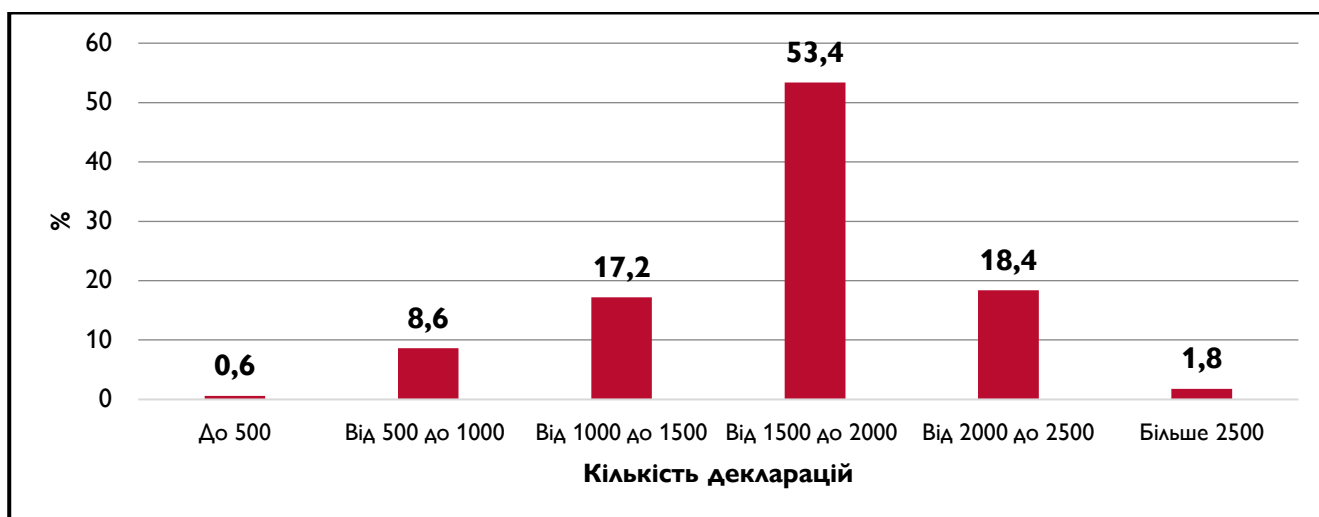


Рисунок 17. Розподіл сімейних лікарів за кількістю укладених декларацій, відсотків

Джерело: обстеження «Сімейні лікарі»

Стаж	Поточне місце роботи	Поточна спеціальність	Загальний
До 10 років (включно)	47,9	40,5	25,8
Від 10 до 20 років (включно)	27,0	33,7	20,2
Від 20 до 30 років (включно)	11,7	8,0	21,5
Від 30 до 40 років (включно)	10,4	13,5	26,4
Від 40 до 50 років (включно)	2,5	3,1	5,5
Понад 50 років	0,6	1,2	0,6

Таблиця 71. Розподіл лікарів ПМД за стажем, відсотків

Джерело: обстеження «Сімейні лікарі»

Частково це можна пояснити перепрофілюванням лікарів та зміною місця роботи. 48,1% лікарів ПМД за попередньою спеціалізацією є терапевтами, 18,5% – педіатрами, 27,8% мали первинну спеціалізацію «Загальна практика – сімейна медицина». Більшість лікарів з базовою спеціалізацією «Загальна практика – сімейна медицина» мають невеликий досвід: 68% з них – до 10 років

загального стажу, а ще 20% – від 10 до 20 років. Найбільший стаж у терапевтів, 60% яких мають стаж від 20 до 40 років.

4.4.2. Розуміння трудових відносин та системи оплати. Задоволеність роботою та запровадженням капітації

Результати низки міжнародних досліджень вказують на задоволеність лікарів первинної ланки своєю роботою, що пов'язано як з методами фінансування та оплати праці, так і з організацією трудової діяльності¹⁰. Зокрема, 64% німецьких сімейних лікарів¹¹ задоволені або дуже задоволені своєю роботою. Рівень задоволеності вищий у віковій групі 29–45 років (73% задоволені чи дуже задоволені), у віковій групі (понад 45 років) – дещо нижчий.

Лікарі в Україні загалом задоволені своєю роботою (78,5%) (Таблиця 72) та відзначають, що задоволеність збільшилася після введення капітації (71,1%). Більше того, 40% респондентів, задоволених своєю роботою, повідомили, що їхня задоволеність збільшилася або скоріше збільшилася. У 9,2% задоволених їхня задоволеність не змінилася після введення капітації. Лише 1,2% лікарів відповіли, що не задоволені своєю роботою і їхня задоволеність зменшилася після введення капітації.

		Так, задоволеність збільшилася	Так, задоволеність скоріше збільшилася	Ні, не змінилася	Так, задоволеність скоріше зменшилася	Так, задоволеність скоріше зменшилася	Важко сказати
		41,7	29,4	17,2	4,9	4,3	2,5
Задоволений (-а)	54,6	28,8	11,7	9,2	1,2	2,5	1,2
Скоріше задоволений (-а)	23,9	9,2	9,8	3,1	1,2	0,6	0
Частково задоволений (-а), частково ні	19,0	3,1	8	4,9	1,2	1,2	0,6
Скоріше не задоволений (-а)	1,2	0,6	0	0	0,6	0	0
Не задоволений (-а)	0,6	0	0	0	0,6	0	0
Важко сказати	0,6	0	0	0	0	0	0,6

Таблиця 72. Задоволеність лікарів роботою та її зміна після введення капітації

Джерело: обстеження «Сімейні лікарі»

¹⁰ Incitti F, Rourke J, Rourke LL, Kennard M. Rural women family physicians. Are they unique? *Can Fam Physician*. 2003;49:320–327;

Van Ham I, Verhoeven A a H, Groenier KH, Groothoff JW, De Haan J. Job satisfaction among general practitioners: a systematic literature review. *Eur J Gen Pract*. 2006;12(4):174–180. 49;

Cooke GPE, Doust JA, Steele MC. A survey of resilience, burnout, and tolerance of uncertainty in Australian general practice registrars. *BMC Med Educ*. 2013;13(1):2;

Jingliang Gu, Tianmin Zhen, Yan Song, Lingzhong X. Job satisfaction of certified primary care physicians in rural Shandong Province, China: a cross-sectional study. *BMC Health Services Research*. 2019: 19:75;

Karsh BT, Beasley JW, Brown RL. Employed family physician satisfaction and commitment to their practice, work group, and health care organization. *Health Serv Res*. 2010;45(2):457-475.

¹¹ Mareike Behmann, Guido Schmiemann, Heidrun Lingner, Franziska Kühne, Eva Hummers-Pradier, Nils Schneider. Job Satisfaction Among Primary Care Physicians. Results of a Survey / *Deutsches Ärzteblatt International* | *Dtsch Arztebl Int*, 2012; 109(11): 193–200.

Практично аналогічні дані, які описують залежність між задоволеністю та моделлю оплати праці, отримали і канадські дослідники. Більшість учасників (53,8%) проведеного серед канадських сімейних лікарів опитування були задоволені своєю моделлю оплати праці¹².

4.4.3. Структура робочого часу, організація праці

Переважає більшість лікарів приймає від 10 до 30 пацієнтів за день, що зазначили 85,3% респондентів. У середньому лікар ПМД витрачає на візит одного пацієнта від 10 до 20 хвилин. Загалом лікарі вказують, що кількість пацієнтів або не змінилася із введенням капітації (57,1%), або збільшилась (31,9%).

Лікарі повідомили, що в середньому кількість пацієнтів збільшилася на 8 людей за день (обстеження «Сімейні лікарі»), що вказує на збільшення навантаження на лікаря. Також це може свідчити про збільшення доступності надання послуг та задоволення попиту споживачів медичних послуг (населення). З іншого боку, хоча збільшення навантаження підтверджується обстеженням «Хронометраж», оцінений рівень збільшення нижчий: станом на грудень 2019 року середня кількість візитів за день зросла в порівнянні з 2018 роком на 2,2 особи.

Якщо розглянути структуру робочого часу лікарів, то більшість із них (52,8%) витрачає від 4 до 6 годин на день для прийому пацієнтів на робочому місці (**Таблиця 73**), що відповідає даним обстеження «Хронометраж». Ще 27,6% лікарів витрачають на прийом від 2 до 4 годин на день. Решту часу, а також понаднормово, лікарі відвідують пацієнтів вдома (переважно до 2 годин на день) та консультують пацієнтів у телефонному режимі (до 2 годин на день). Кожен п'ятий лікар-респондент (22,1%) витрачав від 2 до 4 годин на відвідування пацієнтів удома (домашні візити).

Структура робочого часу	Прийом пацієнтів	Домашні візити до пацієнтів	Консультування пацієнтів телефоном
До 2 годин (включно)	0	76,7	89
Від 2 до 4 годин (включно)	27,6	22,1	9,2
Від 4 до 6 годин (включно)	52,8	0,6	0,6
Від 6 до 8 годин (включно)	16,6	0	0
Понад 8 годин	3,1	0,6	1,2

Таблиця 73. Структура робочого часу лікаря, відсотків

Джерело: обстеження «Сімейні лікарі»

У середньому тижневе навантаження щодо відвідувань удома лікарями ПМД становить до 10 візитів. 87,1% лікарів ПМД здійснюють до 10 візитів до дітей віком 0–5 років; 92,6% – до дітей віком 6–17 років; 86,5% – до дорослих віком 40–64 роки; 73% – до дорослих віком понад 65 років (**Таблиця 74**).

¹² Jana L. Malhotra. An Evaluation of the Determinants of Job Satisfaction in Canadian Family Physicians. 2016: 1–141.

	До 10 візитів (включно)	Від 10 до 20 візитів (включно)	Понад 20 візитів
До дітей віком 0–5 років	87,1	7,4	5,5
До дітей віком 6–17 років	92,6	3,7	3,7
До дорослих віком 18–39 років	93,3	5,5	1,2
До дорослих віком 40–64 роки	86,5	11,7	1,8
До дорослих віком понад 65 років	73	17,8	9,2

Таблиця 74. Розподіл кількості домашніх візитів за віковими групами пацієнтів, відсотків

Джерело: обстеження «Сімейні лікарі»

За цим показником Україна фактично наблизилася до Європейських країн (таких як Литва, Нідерланди, Словаччина та Велика Британія). Хоча досвід країн Європи свідчить про значні відмінності щодо відвідування вдома лікарями ПМД: так, кількість домашніх візитів за тиждень значно коливається між країнами, однак найвищі показники зафіксовано в Бельгії (37), Мальті (28), Німеччині (25), Австрії (15) та Франції (13); а найнижчі – в Португалії та Норвегії (до 1), Ісландії та Туреччині (1)¹³.

Від 10 до 20 домашніх візитів переважно здійснюються до пацієнтів старшої вікової групи (40–64 роки – 11,7%, понад 65 років – 17,8%). Це є сигналом того, що вік та мобільність пацієнтів можуть бути головними факторами, які визначають здійснення домашнього візиту лікарем.

Такі висновки підтверджуються результатами опитування щодо встановлення чинників, які впливають на прийняття лікарем рішення про відвідання пацієнта вдома (**Таблиця 75**). 46,6% лікарів вказують, що вік пацієнта є дуже важливим для них при прийнятті рішення. Також до найважливіших чинників належать принципи доказової медицини (67,7%), протоколи лікування (66,7%) та їхній власний досвід (57,1%). До чинників, які не враховуються, можна віднести фінансовий стан пацієнта, про що вказують 78,8% лікарів, а також погоду та зручність часу візиту (71,3%).

¹³ Building primary care in a changing Europe. Edited by Dionne S.Kringos, Wienke G.W.Boerma, Allen Hutchinson, Richard B.Saltman. World Health Organization, 2015 (acting as the host organization for, and secretariat of, the European Observatory on Health Systems and Policies). P. 68–72.

Фактори здійснення домашнього візиту	1 – абсолютно не важливо	2	3	4	5 – абсолютно важливо
1. Базуючись на власному досвіді	8,1	1,2	14,9	18,6	57,1
2. Базуючись на бажанні пацієнтів	16,1	9,9	30,4	14,3	29,2
3. Базуючись на інтуїції	23,4	11,4	24,1	22,8	18,4
4. Базуючись на протоколах лікування	2,5	3,1	8	19,8	66,7
5. Базуючись на принципах доказової медицини	2,5	1,2	10,6	18	67,7
6. Базуючись на фізичній доступності місця проживання пацієнта	40,4	11,2	8,1	16,8	23,6
7. Базуючись на попередніх аналізах пацієнта	11,8	7,5	19,3	23,6	37,9
8. Базуючись на попередніх захворюваннях пацієнта	4,9	3,7	19,8	22,2	49,4
9. Базуючись на фінансовому стані пацієнта	78,8	6,3	4,4	2,5	8,1
10. Базуючись на персональному огляді пацієнта	4,9	3,1	21	20,4	50,6
11. Базуючись на віці пацієнта	25,5	1,9	8,1	18	46,6
12. Базуючись на власному бажанні	67,1	3,1	9,9	9,3	10,6
13. Базуючись на погоді та зручності часу візиту	71,3	9,4	7,5	7,5	4,4
14. Базуючись на проблемах з мобільністю у пацієнта	24,7	3,7	12,3	9,9	49,4
11. Інше	0	0	0	0	0

Таблиця 75. Фактори, які визначають здійснення домашнього візиту, відсотків

Джерело: обстеження «Сімейні лікарі»

Результати дослідження вказують на відсутність зв'язку між віком лікаря та середньою кількістю домашніх візитів (як загальною, так і для окремих вікових груп пацієнтів). З іншого боку, існує U-подібна залежність між розміром населеного пункту та середньою кількістю домашніх візитів (**Таблиця 76**). Зокрема, середня кількість домашніх візитів зменшується зі зменшенням населення в містах, досягає нижньої точки в містах із населенням від 50 до 100 тисяч осіб (12,5 візиту), а потім їхня чисельність починає зростати. Найбільша середня кількість домашніх візитів за тиждень – у сільській місцевості (33 візити).

	Обласний центр	Місто з населенням більше ніж 100 тис.	Місто з населенням від 50 до 100 тис.	Місто з населенням від 20 до 50 тис.	Місто з населенням менше ніж 20 тис.	Селище міського типу	Село
До дітей віком 0–5 років	2,9	1,0	5,2	2,3	4,1	4,0	6,2
До дітей віком 6–17 років	1,7	0,3	1,3	2,2	2,4	2,3	5,0
До дорослих віком 18–39 років	1,8	0,3	0,8	2,4	1,9	2,1	4,0
До дорослих віком 40–64 роки	3,0	6,7	1,0	4,5	5,1	4,2	7,3
До дорослих віком понад 65 років	10,6	9,3	4,2	8,1	10,1	10,7	10,5
Загалом	20,1	17,7	12,5	19,5	23,6	23,3	33,0

Таблиця 76. Розподіл домашніх візитів за типами населених пунктів, відсотків

Джерело: обстеження «Сімейні лікарі»

4.4.4. Взаємодія з пацієнтами

Поширеною є практика надання лікарем своїх контактів пацієнтам (**Рисунок 18**). Загалом 85,3% лікарів ПМД надають свої номери телефонів усім пацієнтам, а 12,3% – більшості з них. Завдяки цьому пацієнти мають можливість оперативно зв'язатися з лікарем та отримати консультацію. Майже третина лікарів надає всім пацієнтам свою домашню (фізичну) адресу, в той час як майже половина цього не робить ніколи. Це може визначатися типом закладу та розміщенням його в сільській / міській місцевості.

Найменш поширеною є практика використання електронних засобів зв'язку: майже половина лікарів або взагалі не надає, або майже не надає їх.

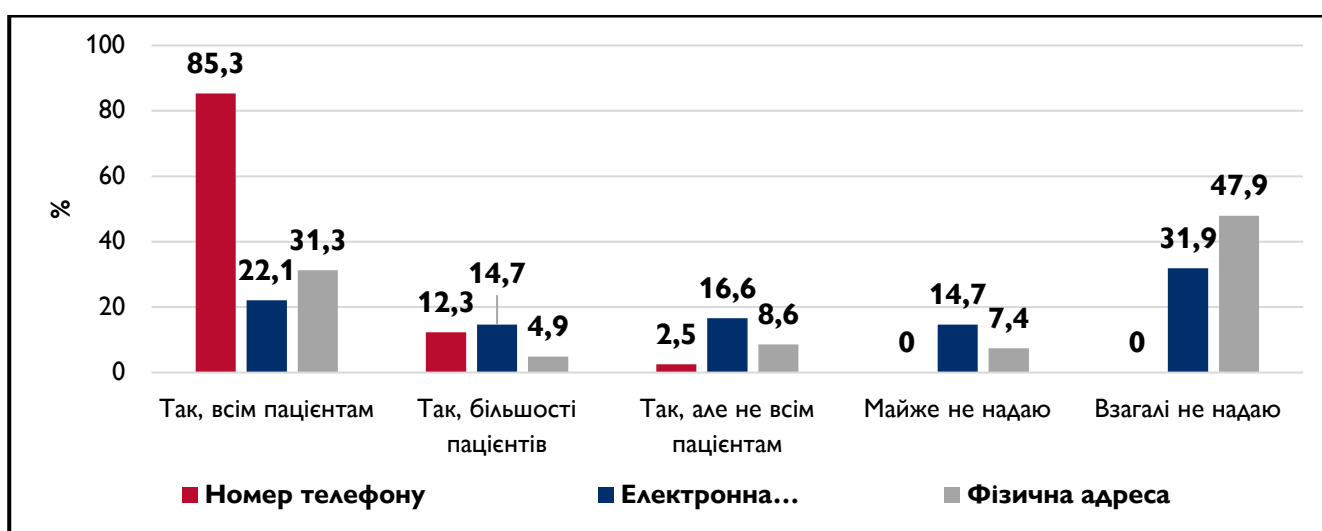


Рисунок 18. Засоби комунікації з пацієнтами, відсотків

Джерело: обстеження «Сімейні лікарі»

Дослідження показало, що більшість лікарів ПМД (75%) жодним чином не мотивували пацієнтів укласти декларації про надання медичних послуг. Відповідно, пацієнти самостійно ініціювали укладення декларацій залежно від власних вподобань. При підписанні декларацій лише дуже невелика кількість лікарів ПМД орієнтувалася на певні категорії пацієнтів, перевага надавалася особам, які обслуговувалися у лікаря раніше. Такі результати свідчать про те, закладам ПМД вдалося уникнути одного з загальновідомих небажаних ризиків введення капітації – вибору лікарем більш здорових пацієнтів.

На думку лікарів, пацієнти обирали місце обслуговування на основі декількох факторів, головними з них були особиста репутація та досвід лікаря. Значною мірою декларації укладали за територіальною ознакою – в найближчому закладі або закладі, до якого пацієнти були приписані раніше. Тобто це може бути пов'язано саме з фізичною доступністю лікаря чи закладу ПМД, а також зі звичками та вподобаннями населення, які звикли упродовж багатьох років користуватися найближчим до них закладом.

Близько 25% лікарів ПМД підтвердили, що особисто або на рівні закладу проводили системну агітацію серед населення. В основному агітація проводилася особисто або у формі оголошень на радіо, телебаченні, в соціальних мережах чи інформаційних листах, розміщених у закладах та / або житлових будинках.

Як свідчить досвід інших країн, доступ до первинної медичної допомоги може бути розширено за рахунок надання ширшого спектру варіантів, ніж традиційні консультації пацієнта віч-на-віч. Зазвичай лікарі пропонують телефонні консультації, за винятком Кіпру, Естонії, Греції, Литви, Люксембургу, Польщі, Румунії, Словаччини та Туреччини. Консультації електронною поштою часто пропонуються лише в Данії, а іноді – в Ісландії, Ірландії, Італії, Литві, Норвегії, Португалії, Словенії, Іспанії та Великій Британії¹⁴.

4.4.5. Професійний рівень та удосконалення навичок

51,5% респондентів зазначили, що стиль їхньої роботи змінився з запровадженням капітації (Таблиця 77). З іншого боку, методи та підходи роботи лікарів не змінилися, про що вказують майже 64% респондентів. Відповідно, введення капітації загалом не вплинуло на поведінку лікарів. Серед змін, які відбулися після введення капітації та автономізації закладів, лікарі ПМД виділяють збільшення обсягів консультування телефоном та особливо – зміну відносин між лікарями та пацієнтами. Лікарі вважають, що пацієнти стали більш вимогливими до лікарів та певною мірою визначають поведінку лікаря як у позитивному плані (ретельніше ставлення), так і в негативному. Пацієнти значною мірою намагаються впливати на визначення аспектів діагностування (додаткові обстеження, направлення до спеціалістів) та лікування (виписування ліків). Також лікарі вказують на збільшення навантаження в робочі години в закладі при одночасному зменшенні кількості відвідувань пацієнтів удома.

Запитання	Так	Ні
Чи змінили Ви свій стиль роботи, взаємодії з пацієнтами після впровадження капітації?	51,5	48,5
Чи змінилися Ваші методи та підходи до лікування пацієнтів після впровадження капітації?	35,6	63,8
Чи готові Ви до роботи з електронними медичними записами?	93	7,4
Чи готові Ви проводити лікування пацієнтів, хворих на туберкульоз?	44,2	55,8
Чи готові Ви отримувати доплату за досягнення певних індикаторів і не отримувати за їх недосягнення?	81,3	18,8
Чи проводите Ви профілактичні огляди пацієнтів?	98,8	1,2

Таблиця 77. Поведінка лікарів первинної медичної ланки, відсотків

Джерело: обстеження «Сімейні лікарі»

Майже всі лікарі-респонденти підтвердили готовність до роботи з електронними записами, що дещо суперечить отриманим даним про використання електронних адрес. З іншого боку, лікарі ПМД стверджують, що в їхніх закладах уже проведена або проводиться комп'ютеризація робочих

¹⁴ Building primary care in a changing Europe. Edited by Dionne S.Kringos, Wienke G.W.Boerma, Allen Hutchinson, Richard B.Saltman. World Health Organization, 2015 (acting as the host organization for, and secretariat of, the European Observatory on Health Systems and Policies). P. 77.

місць, здійснюється навчання щодо роботи на комп'ютері. Аналогічно, більшість із них (82%) відповіли, що готові працювати на основі індикаторів ефективності праці. При цьому 94,5% респондентів використовують систему класифікації ICPC-2.

Абсолютна більшість респондентів заявили, що проводять профілактичні огляди пацієнтів. Проте ці дані потребують додаткового вивчення, оскільки лише 56,8% лікарів вказали (**Рисунок 19**), що знають, яку кількість профілактичних програм включено до Порядку надання первинної медичної допомоги¹⁵, який є одним із нормативних документів, що визначає завдання, конкретизує зміст і встановлює вимоги щодо організації та забезпечення надання такої допомоги в Україні. З лікарів, які надали свій варіант, лише 12% назвали правильну відповідь (сім програм). Відповідно, лише 6,8% лікарів знають, скільки насправді існує скринінгових програм.

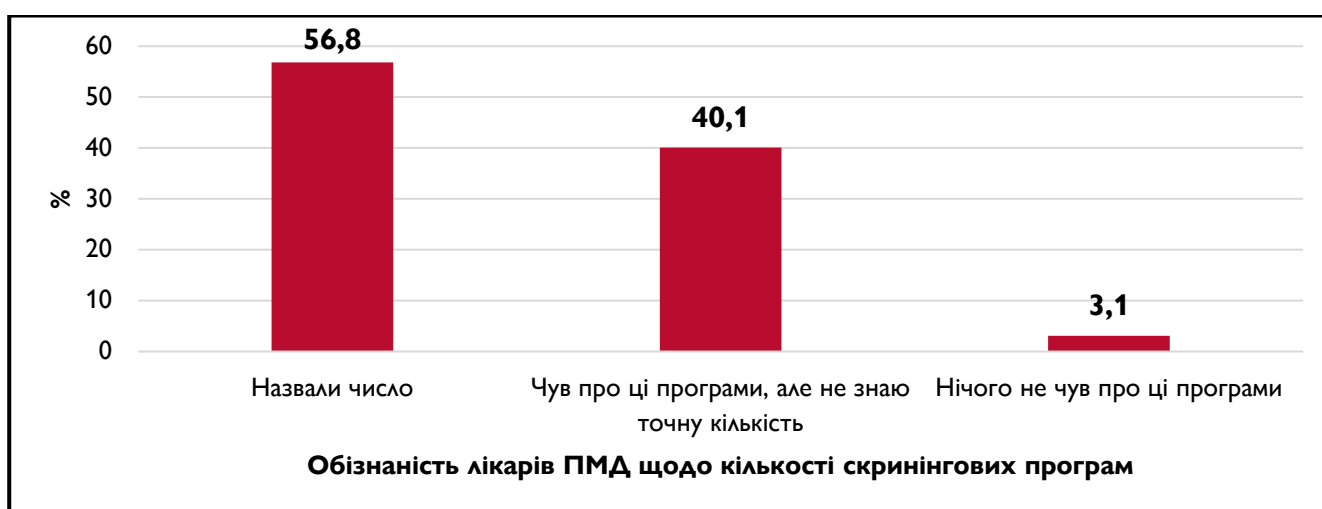


Рисунок 19. Обізнаність лікарів із кількістю скринінгових / профілактичних програм, відсотків
Джерело: обстеження «Сімейні лікарі»

Лише 46,8% сімейних лікарів знають, що таке база Duodecim (**Таблиця 78**), а трохи більше 36% визнали, що абсолютно не знають, що це. Це ставить питання щодо рівня ознайомлення з клінічними рекомендаціями, хоча майже всі лікарі запевняють, що вони завжди використовують клінічні рекомендації у повсякденній праці. Більше того, спостерігається цікава розбіжність у питанні щодо необхідності додаткової підготовки для використання клінічних рекомендацій. Значна частина лікарів ПМД визнала, що потребує додаткової підготовки (18,4%). Така розбіжність у відповідях демонструє можливе надання лікарями соціально бажаних, а не правдивих, відповідей на окремі запитання.

¹⁵ Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 19.03.2018 № 504 «Про затвердження Порядку надання первинної медичної допомоги». URL: <https://nszu.gov.ua/pro-nszu/normativno-pravovi-akti>.

Запитання	1 – абсолютно ні	2	3	4	5 – абсолютно так
Чи знаєте Ви, що таке Duodecim?	36,1	3,8	6,3	7	46,8
Чи знаєте Ви про існування клінічних рекомендацій?	2,5		0,6	4,3	92,6
Чи застосовуєте Ви клінічні рекомендації у своїй повсякденній практиці?	1,2		3,7	18,4	76,7
Чи потрібна Вам додаткова підготовка для використання клінічних рекомендацій?	18,4	3,7	14,1	30,1	33,7
Чи підтримуєте Ви введення клінічних рекомендацій у свою медичну практику?	0,6	0,6	1,8	16	81

Таблиця 78. Використання клінічних рекомендацій сімейними лікарями, відсотків

Джерело: обстеження «Сімейні лікарі»

Результати вивчення думки головних лікарів (обстеження «Головні лікарі») в аспекті використання клінічних рекомендацій підтверджують результати опитування лікарів ПМД: 87% головних лікарів вважають, що клінічні рекомендації активно застосовуються лікарями ПМД. При цьому найбільш поширеною практикою, яку застосовують головні лікарі для популяризації медичної допомоги, що базується на доказах, серед лікарів ПМД є додаткове навчання та інформування працівників у вигляді семінарів та нарад.

З іншого боку, наведені результати дещо суперечать позиції головних лікарів стосовно їхньої особистої думки про роль сімейної медицини. Більше ніж 26% респондентів сказали, що сімейна медицина для них є мистецтвом, 36% – що медицина вимагає років досвіду і лише 23% – що медицина вимагає застосування медичних рекомендацій.

Загалом майже всі головні лікарі (98%) вважають, що лікарі ПМД мають доступ до новітніх клінічних рекомендацій, оскільки вони всі забезпечені доступом до Інтернету / баз з протоколами лікування, а також регулярно беруть участь у веб-конференціях, семінарах та тренінгах.

4.4.6. Аналіз рекомендацій та побажань лікарів

Більшість лікарів (71,4%) підтвердили, що вікові коефіцієнти потрібно збільшувати (**Рисунок 20**). Переважна більшість рекомендацій стосувалася збільшення коефіцієнтів для наймолодшої (до 5 років) та особливо – старшої вікових категорій (понад 60 років). Кількісно пропонувалося збільшення для наймолодшої категорії в діапазоні від 30% до 100% (двічі), а для старшої – від 20% до 50%. Рідше виникали пропозиції, які стосувалися збільшення коефіцієнта для категорії 44–64 роки (на 50–100%). Особливо відзначалася необхідність врахування «сільського» коефіцієнта, оскільки здійснення домашніх візитів у сільській місцевості ускладнено значною площею території обслуговування та, відповідно, відстанню до пацієнта. При цьому лікарі не вважали за необхідне зменшити будь-які вікові коефіцієнти.



Рисунок 20. Розподіл відповідей респондентів на запитання про те, чи потрібно змінювати вікові коефіцієнти капітаційних ставок, відсотків

Джерело: обстеження «Сімейні лікарі»

82% сімейних лікарів зазначили, що зацікавлені отримувати доплату за досягнення певних індикаторів і не отримувати за їх недосягнення. З іншого боку, лікарі схвильовані тим, що наявність гнучкої оплати за виконання роботи може створити стимули до штучної економії коштів на заробітній платі, особливо в умовах недофінансування закладів.

Варто зазначити, що лікарі ПМД також вказували на наявність чинників, що стоять на заваді досяжності ними індикаторів якості. При цьому, на думку лікарів, це фактори, які від них не залежать.

Серед потенційних показників ефективності роботи респондентами було запропоновано такі:

- відсоток скарг пацієнтів;
- відсоток вакцинації населення;
- відсоток виявлених онкологічних патологій, особливо на ранній стадії;
- відсоток інфарктів та інсультів;
- наявність повторних інсультів, інфарктів та ускладнень серцево-судинних захворювань;
- кількість пацієнтів за день;
- кількість укладених декларацій.

4.4.7. Визначення індикаторів впливу на задоволеність лікарів

Для аналізу чинників, які пов'язані з задоволеністю лікарів, використано порівняння результатів кореляційного аналізу щодо самосприйняття лікарями задоволеності своєю роботою з різними демографічними та професійними показниками. Загалом, базуючись на отриманих даних проведеного кореляційного аналізу, можна зробити такі припущення:

- вік не пов'язаний із задоволеністю лікарів (кореляція – 6%), хоча, за даними міжнародних дослідників, саме вік є одним із визначальних чинників задоволеності роботою, особливо

це стосується старших вікових груп^{16,17,18}. Можливо, такі відмінності пояснюються стартовими умовами реформування цієї ланки в країні, оскільки на початок 2018 року 10% лікарів, які мали спеціалізацію «Загальна практика – сімейна медицина», були передпенсійного віку, а 27% – працюючими пенсіонерами¹⁹;

- жінки більше задоволені, ніж чоловіки (кореляція – (-17%)). 60% лікарів-жінок відповіли, що повністю задоволені своєю роботою, тоді як цей показник становить лише 33% серед чоловіків. Отримані дані кореспондуються з результатами низки останніх досліджень, які демонструють чітку гендерну диференціацію: жінки більше задоволені, ніж чоловіки²⁰;
- кількість укладених декларацій негативно корелює з задоволеністю (кореляція – (-16,3%)). Отримані дані підтверджуються і результатами інших досліджень, які вказують на низький рівень задоволеності лікарів роботою у зв'язку з робочим навантаженням²¹;
- стаж / досвід лікаря не впливає на його задоволеність (кореляції близькі до нуля);
- кількість пацієнтів за день слабо корелює з задоволеністю лікарів (-6%), а час на одного пацієнта корелює негативно (-14,9%). Це означає, що чим більше часу витрачає лікар на одного пацієнта, тим менше він задоволений своєю роботою. Це можна пояснити тим, що для багатьох лікарів стосунки лікар–пацієнт у їхній щоденній роботі є важливим джерелом задоволення, і негативна кореляція між затраченим часом і задоволеністю може бути пов'язана з особливостями роботи лікаря загалом (умовами праці, графіком роботи, рівнем навантаження тощо)²².

¹⁶ Cheng B, Kan M, Levanon G, Ray RL. Job Satisfaction: Progress at a Snail's Pace. 2014.

¹⁷ Tyssen R, Palmer KS, Solberg IB, Voltmer E, Frank E. Physicians' perceptions of quality of care, professional autonomy, and job satisfaction in Canada, Norway, and the United States. *BMC Health Serv Res.* 2013;13(1):516.

¹⁸ Goetz K, Campbell SM, Steinhäuser J, Broge B, Willms S, Szecsenyi J. Evaluation of job satisfaction of practice staff and general practitioners: an exploratory study. *BMC Fam Pract.* 2011;12(1):137.

¹⁹ Питома вага вікових категорій лікарів та молодших спеціалістів з медичною освітою закладів охорони здоров'я сфери управління органів управління охороною здоров'я АР Крим, обласних, Київської та Севастопольської міських державних адміністрацій, за даними автоматизованої бази даних медичних, фармацевтичних та науково-педагогічних працівників сфери управління МОЗ України станом на 31.12.2017.

²⁰ Carleton CJ, Clain SH. Women, Men, and Job Satisfaction. *East Econ J.* 2011;38(3):331–355. 32;

Goetz K, Musselmann B, Szecsenyi J, Joos S. The influence of workload and health behavior on job satisfaction of general practitioners. *Fam Med.* 2013;45(2):95–101;

Katja Goetz, Marianne Jossenc, Joachim Szecsenyia, Thomas Rosemanne, Karolin Hahnd, Sigrid Hessc. Job satisfaction of primary care physicians in Switzerland: an observational study. *Family Practice*, 2016, Vol. 33, No. 5, 498–503.

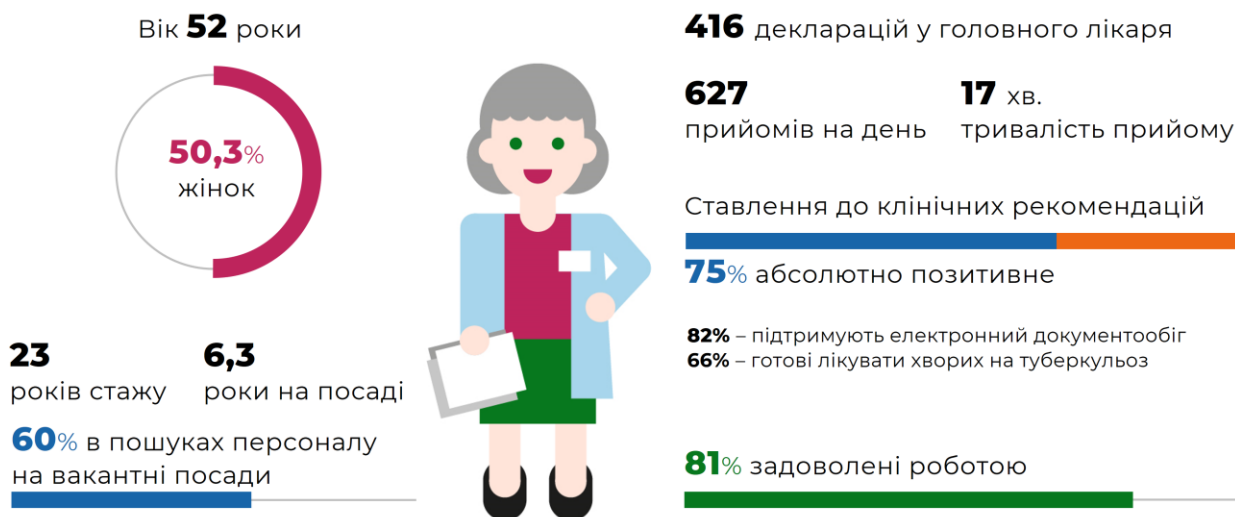
²¹ Katja Goetz, Marianne Jossenc, Joachim Szecsenyia, Thomas Rosemanne, Karolin Hahnd, Sigrid Hessc. Job satisfaction of primary care physicians in Switzerland: an observational study. *Family Practice*, 2016, Vol. 33, No. 5, 498–503;

Mareike Behmann, Guido Schmiemann, Heidrun Lingner, Franziska Kühne, Eva Hummers-Pradier, Nils Schneider. Job Satisfaction Among Primary Care Physicians Results of a Survey / *Deutsches Ärzteblatt International | Dtsch Arztebl Int*, 2012; 109(11): 193–200.

²² Bovier PA, Perneger TV. Predictors of work satisfaction among physicians. *Eur J Public Health.* 2003;13(4):299–305.

4.5. Узагальнення досвіду головних лікарів закладів ПМД щодо управління закладом ПМД після запровадження капітації

ПРОФІЛЬ ГОЛОВНОГО ЛІКАРЯ



4.5.1. Описова характеристика головних лікарів закладів ПМД

Демографічний портрет головного лікаря суттєво відрізняється від портрета лікаря ПМД. По-перше, хоча і з незначною перевагою, більшість головних лікарів становлять жінки (50,3%); частка чоловіків, які обіймають керівну посаду в закладі ПМД, є вищою, ніж серед сімейних лікарів (20,2%). Це спостереження не можна безпосередньо інтерпретувати як наявні обмеження для просування жінок, проте воно потребує детального аналізу і може бути пов'язано з розподілом гендерних ролей та ролі української жінки в суспільстві²³.

За віковою структурою в середньому головні лікарі є старшими за сімейних лікарів. Хоча серед обох груп переважають особи віком від 50 до 60 років (27% – у сімейних лікарів та 31,5% – у головних лікарів) (Рисунок 21), серед головних лікарів є суттєво вищою частка вікової групи понад 60 років (25,5%) та суттєво меншою – частка молодших вікових груп – до 30 років (3,4%) та від 30 до 40 років (14,8%). Це є відображенням специфіки роботи головного лікаря, яка потребує значного досвіду роботи в системі охорони здоров'я.

²³ Роль жінок в українському суспільстві. Опитування соціологічної групи «Рейтинг», лютий 2020. URL: http://ratinggroup.ua/research/ukraine/rol_zhenschin_v_ukrainskom_obschestve.html.

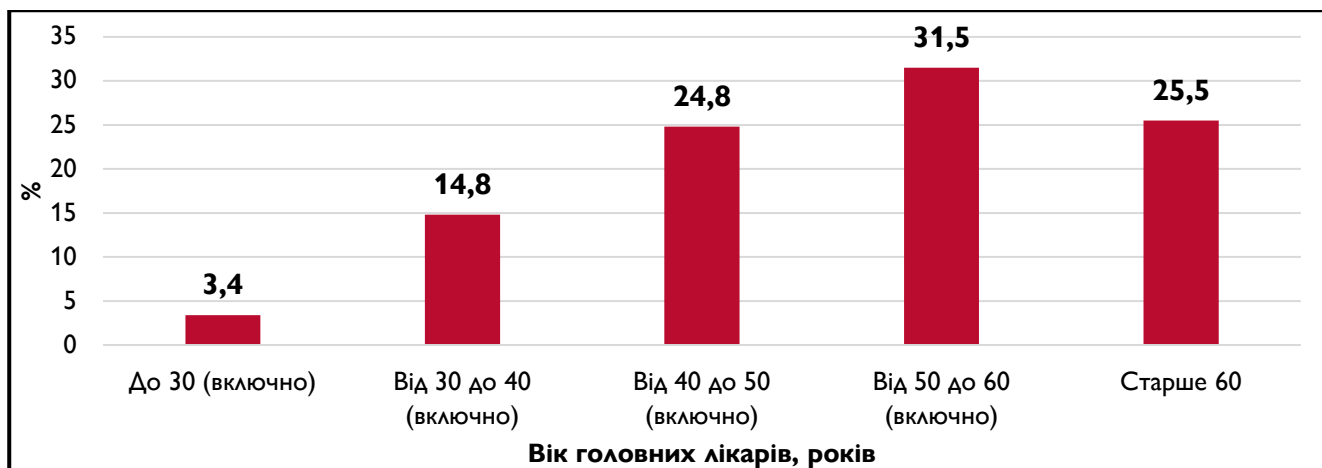


Рисунок 21. Вікова структура головних лікарів, відсотків

Джерело: обстеження «Головні лікарі»

Головні лікарі переважно не займаються активною лікарською практикою, зосереджуючись на адміністративній роботі. Лише 43% головних лікарів уклали декларації з пацієнтами (**Рисунок 22**). При цьому вони переважно мають до 500 укладених декларацій – 18% головних лікарів (або 27% практикуючих головних лікарів), і лише 9,4% головних лікарів (4% практикуючих головних лікарів) мають понад 1 500 укладених декларацій. З іншого боку, завантаженість головних лікарів лікарською практикою ніяк не визначає рівня оцінки пацієнтами та лікарями ПМД стану інфраструктури лікарні, якості лікування та послуг.

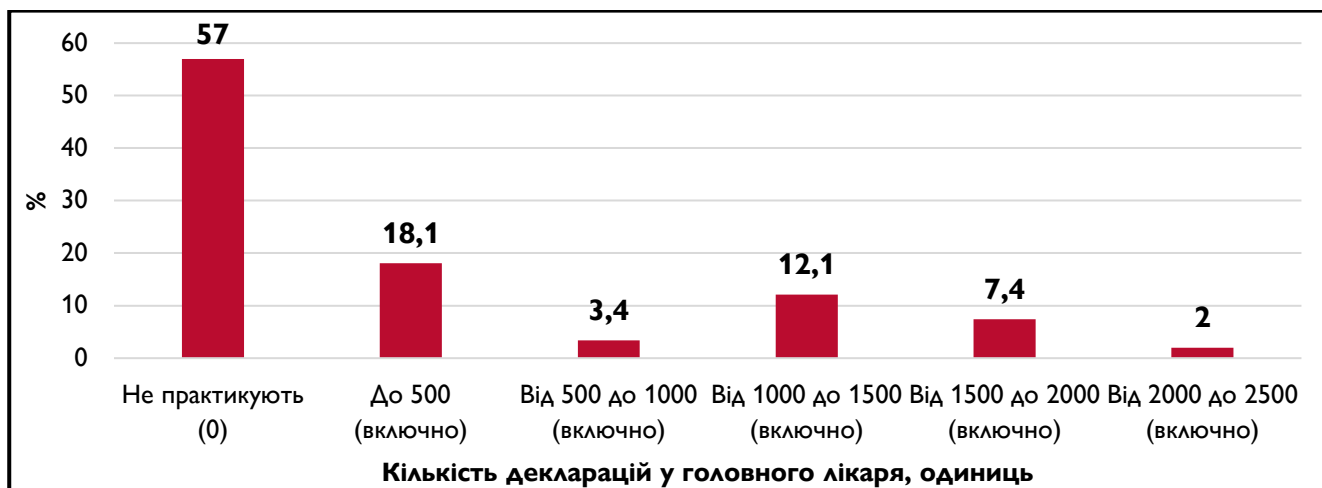


Рисунок 22. Розподіл головних лікарів за кількістю укладених декларацій, відсотків

Джерело: обстеження «Головні лікарі»

За загальним стажем роботи за поточною спеціальністю респонденти розподіляються відносно порівну між чотирма категоріями (до 10 років, 10–20 років, 20–30 років та 30–40 років), частка респондентів становить відповідно 20,1%, 24,8%, 21,5% та 24,8% (**Рисунок 23**). Водночас, абсолютна більшість головних лікарів має відносно невеликий стаж роботи на поточному місці: по 30,2% головних лікарів працюють тут до 1 року та від 1 до 5 років.

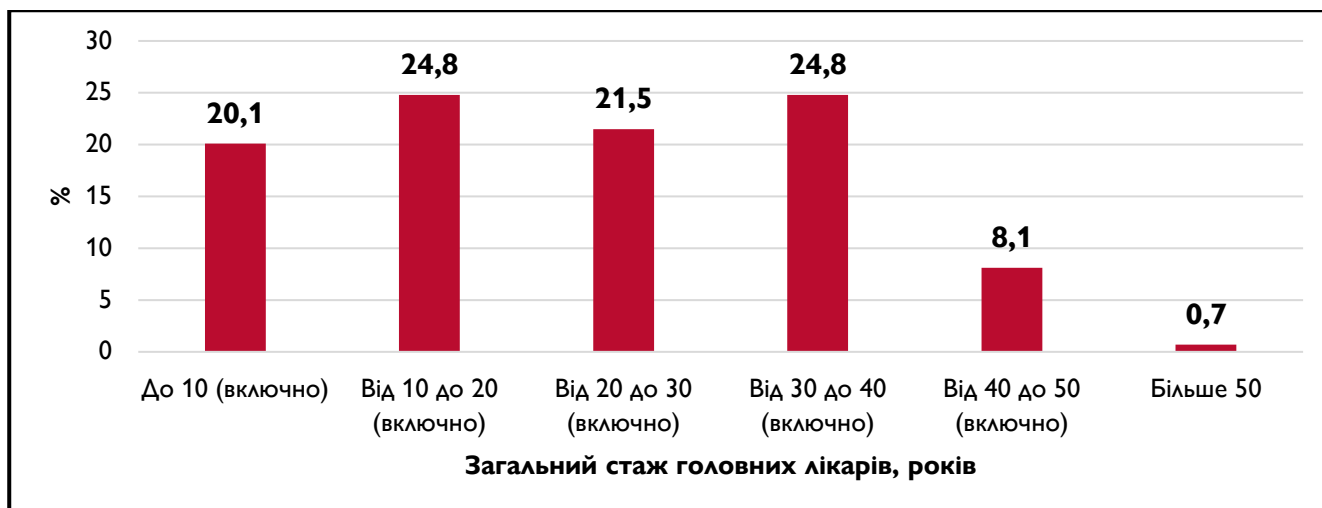


Рисунок 23. Розподіл головних лікарів за загальним стажем за поточною спеціальністю, відсотків
Джерело: обстеження «Головні лікарі»

4.5.2. Задоволеність роботою та запровадженням капітації

Головні лікарі загалом задоволені своєю роботою (80,6%) (**Таблиця 79**) і зазначають, що задоволеність збільшилася після введення капітації (91,3%). Більше того, 53,7% респондентів задоволені своєю роботою та повідомили, що їхня задоволеність збільшилася чи скоріше збільшилася. 7,4% є задоволеними, та їхня задоволеність не змінилася після введення капітації. 6,7% головних лікарів є незадоволеними та скоріше не задоволеними своєю роботою. З іншого боку, більшість цих респондентів згодні з тим, що введення капітації збільшило або скоріше збільшило їхню задоволеність.

		Так, задоволеність збільшилася	Так, задоволеність скоріше збільшилася	Ні, не змінилася	Так, задоволеність скоріше зменшилася	Так, задоволеність зменшилася	Важко сказати
		65,1	26,2	7,4	0	1,3	0
Задоволений (-а)	56,4	41,6	12,1	2,7	0	0	0
Скоріше задоволений (-а)	24,2	13,4	8,1	2,7	0	0	0
Частково задоволений (-а), частково ні	10,7	6	4	0	0	0,7	0
Скоріше не задоволений (-а)	5,4	2,7	2	0,7	0	0	0
Не задоволений (-а)	1,3	0,7	0	0	0	0,7	0
Важко сказати	2	0,7	0	1,3	0	0	0

Таблиця 79. Задоволеність головних лікарів своєю роботою та зміна задоволеності після введення капітації

Джерело: обстеження «Головні лікарі»

Загалом 1,3% респондентів відповіли, що введення капітації зменшило їхню задоволеність роботою. Лише 0,7% головних лікарів відповіли, що не задоволені своєю роботою і введення капітації жодним чином не вплинуло на їхню задоволеність.

4.5.3. Основні зміни в організації роботи закладу після введення капітації та рекомендації щодо удосконалення системи капітаційного фінансування

84% головних лікарів зазначили, що після введення капітації відбулися зміни в їхній роботі як керівників закладів охорони здоров'я. Напевно, головною зміною, на їхню думку, можна вважати збільшення самостійності та гнучкості у прийнятті рішень. Проте це не є безпосереднім результатом запровадження капітації, а, скоріше, є результатом зміни юридичного статусу закладу і перетворення на комунальне некомерційне підприємство.

Респонденти позитивно сприймають можливість самостійного підписання договорів та формування фінансових планів. Це надає адміністрації можливість запровадження інструментів мотивації персоналу, насамперед фінансових. Капітаційний механізм та автономізація закладів створили умови стимулювання роботи працівників, незважаючи на тарифну сітку та рішення органів місцевого самоврядування. Відповідно, лікарі стали більш мотивованими до покращення якості своєї роботи, що дало змогу покращити співпрацю з персоналом.

Проте збільшення самостійності має й об'єктивні недоліки, оскільки з більшою свободою у прийнятті рішень прийшла більша відповідальність. Передусім головні лікарі нарікають на збільшення навантаження в плані звітності та фінансових планів. Формування фінансових планів і планів розвитку вимагає володіння навичками фінансового планування, з чим існують окремі проблеми.

Більшість головних лікарів (80%) вважають, що необхідно переглянути вікові коефіцієнти капітаційних ставок, причому, на їхню думку, коефіцієнти необхідно переглянути в бік збільшення. Проте ці рекомендації мають досить високу варіативність.

4.5.4. Достатність, професійний рівень та удосконалення навичок лікарів

Головні лікарі зазначають, що активно застосовують різні методи підвищення рівня використання клінічних рекомендацій та доказової медицини їхніми співробітниками (**Таблиця 80**). Керівники запевняють, що ніколи або майже ніколи не використовують адміністративного тиску (77,9%), надаючи перевагу фінансовій мотивації у вигляді оплати або співоплати участі у тренінгах, семінарах, майстер-класах, преміюванні тощо (56,4%), додатковому навчанні в межах закладу (57,8%) та поза ним (69,1%).

	1 – не використовую	2	3	4	5 – використовую завжди
1. Фінансова мотивація	4,7	4,7	10,7	23,5	56,4
2. Додаткове навчання в закладі	2,7	3,4	9,5	26,5	57,8
3. Додаткове навчання поза межами закладу	1,3	2,7	5,4	21,5	69,1
4. Адміністративний тиск	51,7	26,2	10,7	8,1	3,4

Таблиця 80. Застосування методів підвищення рівня співробітників

Джерело: обстеження «Головні лікарі»

Майже всі підтвердили готовність до роботи з електронними записами (94%), що відповідає рівню готовності, який демонструють сімейні лікарі. В медичних закладах було зроблено певні кроки для підготовки до роботи з електронними записами: було проведено комп'ютеризацію закладів як у плані закупівлі техніки та програмного забезпечення, так і в аспекті навчання персоналу. Серед причин неготовності до роботи з електронними системами названо відсутність обладнання та фінансування для його придбання.

4.5.5. Управлінський потенціал головних лікарів

Реформа первинної ланки медичної системи надала головним лікарям повноваження та інструменти для більш гнучкого та самостійного управління закладами. Зокрема, головні лікарі як керівники комунальних некомерційних підприємств отримали право укладати договори з іншими установами.

Однак майже 25% медичних закладів не використовували можливість укладати договори. Договірні стосунки переважно встановлюються з комунальними та приватними лабораторіями для проведення аналізів (35%), із закладами, які надають вторинну (спеціалізовану) медичну допомогу, а також із приватними установами з надання різноманітних послуг та постачання товарів (охорона, ремонтно-будівельні роботи, медикаменти та устаткування). Головною причиною неукладання договорів з лабораторіями є наявність власних потужностей. Оплата лабораторних послуг переважно здійснюється за фактом наданої послуги.

Слід відзначити, що заклади ПМД переважно не співпрацюють з лікарями, які використовують спрощену систему оподаткування та обліку у формі фізичних осіб – підприємців: лише 18% мали такі відносини.

З іншого боку, багато закладів ПМД (85%) продовжують отримувати підтримку з боку департаментів охорони здоров'я та місцевої влади. У решті випадків департаменти та місцева влада ставляться до закладів нейтрально: лише 5% головних лікарів сказали, що вказані органи бездіють або час від часу протидіють їм.

86,5% закладів ПМД мають плани розвитку або бізнес-плани для перспективного розвитку закладу. На основі цього документа головні лікарі / директори закладів охорони здоров'я реалізують заходи з розвитку закладів, у тому числі:

- навчання персоналу: 94% головних лікарів заявили, що мають програми розвитку персоналу. Ці програми складаються з регулярного проведення різноманітних тренінгів та семінарів, а також участі медичного персоналу в конференціях та курсах підвищення кваліфікації;
- проведення закупівлі обладнання;
- проведення поточного та капітального ремонту приміщень.

Більшість головних лікарів (91%) підтвердили готовність до введення системи моніторингу та оцінки діяльності їхнього закладу. Серед заходів, які було здійснено для підготовки до цього процесу, переважно називалися автоматизація та комп'ютеризація закладів, впровадження МІС, ІСРС-2 та різних механізмів отримання зворотного зв'язку від пацієнтів (анкетування), додаткове навчання працівників (лекції, семінари, курси підвищення кваліфікації).

Аналогічно, майже всі головні лікарі використовують інформацію, яка отримується від систем зворотного зв'язку та внутрішнього аудиту, для покращення діяльності закладу. Результати проведеного аналізу застосовуються для виявлення недоліків роботи та їх усунення.

Майже 95% головних лікарів стверджують, що готові отримувати доплату за досягнення певних індикаторів якості і не отримувати за їх недосягнення. Як аргументи проти мотивації на основі виконання встановлених цілей використовуються зауваження, що недосяжність показників не завжди залежить від головного лікаря, і те, що достовірність досягнення цілей може бути неможливо перевірити.

Варіативність потенційних показників є високою, проте кількісні пропозиції є рідкістю. Серед пропозицій можна виділити:

- кількість укладених декларацій;
- рівень задоволеності пацієнтів;
- виконання щеплень, онкологічних профоглядів, виявлення онкологічних патологій на ранніх стадіях;
- відсоток залучених пацієнтів;
- виконання планів щеплень, відсоток вакцинованих дітей;
- фінансовий стан підприємства, відсутність заборгованості із заробітної плати, сплата податків, відсутність штрафних санкцій.

4.6. Узагальнення досвіду пацієнтів щодо споживання послуг ПМД та практики надання послуг ПМД після запровадження капітації

ПРОФІЛЬ ПАЦІЄНТА



Згідно з опитуванням пацієнтів, яке було проведено на виході з закладів охорони здоров'я, більшість відвідувачів є жінками (68%) та людьми віком від 40 до 65 років (41%) (Таблиця 81). Серед респондентів найбільшу питому вагу становили жінки віком від 40 до 65 років (28,8%), від 18 до 39 років (16,9%), понад 65 років (12,8%), чоловіки віком від 40 до 65 років (12,2%).

	Загалом	Чоловіки	Жінки
Загалом		32	68
До 17 років (включно)	15,4	6,1	9
Від 18 до 39 років (включно)	24,9	7,9	16,9
Від 40 до 65 років (включно)	41	12,2	28,8
Понад 65 років	18,7	5,8	12,8

Таблиця 81. Розподіл відвідувачів закладів охорони здоров'я, відсотків

Джерело: обстеження «Пацієнти»

4.6.1. Оцінка загальної якості, доступності, своєчасності, сучасності ПМД

Пацієнти загалом позитивно оцінюють різні аспекти якості надання медичної допомоги в закладах ПМД (Таблиця 82). Негативну оцінку – «дуже погано» – обрали всього 0,6–2,1% респондентів залежно від критерію. В той же час, існують певні відмінності в оцінці окремих типів закладів за запропонованими критеріями. Зокрема, Таблиця 82 вказує, що 81,8% дуже задоволені лікарем, з яким підписано декларацію, 62,5% – якістю лікування.

Критерій	1	2	3	4	5	Не можу оцінити
Інфраструктурний стан (ремонт, обладнання, стан будівлі, чистота)	2,1%	3,8%	19,0%	31,3%	41,8%	1,9%
Якість лікування	0,6%	1,2%	6,0%	25,4%	62,5%	4,4%
Якість сервісних послуг (НЕ лікування)	1,1%	1,5%	11,0%	27,6%	50,9%	7,8%
Загальний рівень задоволеності лікарем, з яким у Вас підписано декларацію	0,6%	0,4%	2,9%	12,6%	81,8%	1,7%

Таблиця 82. Оцінка закладу пацієнтами (за шкалою від 1 до 5, де 1 – «дуже погано», а 5 – «дуже добре») Примітки: кожен рядок показує відсоток пацієнтів, які обрали відповідне значення на шкалі. Сума відсотків у кожному рядку становить 100%.

Джерело: обстеження «Пацієнти»

Щодо якості сервісних послуг (не пов'язаних безпосередньо з лікуванням), то кожен другий респондент (50,9%) обрав оцінку «дуже добре», при цьому 7,8% опитаних взагалі не змогли оцінити цей критерій. Лише 41,8% респондентів дуже задоволені інфраструктурним станом закладу ПМД, що включає ремонт, обладнання, стан будівлі та чистоту. Ці дані кореспондуються з результатами опитування «Індекс здоров'я. Україна-2019»²⁴, згідно з яким «рівень задоволеності за всіма позиціями» перевищує 50%. 74,1–73,1% респондентів задоволені лікарями, які надають ПМД (відповіді «цілком задоволені» та «скоріше задоволені»), і вказують на покращення ставлення лікарів до пацієнтів.

Аналіз оцінки респондентами, які дуже високо оцінили рівень надання послуг під час візиту, в розрізі типів закладів охорони здоров'я вказує на певні «знахідки», отримані за даними опитування (**Таблиця 83**). Респонденти найбільше задоволені якістю послуг, пов'язаною з інфраструктурними аспектами, у ЦПМСД та амбулаторіях (44% та 43,3% відповідно), найменше – в поліклініках (31,6%) та лікарнях (30,5%).

Критерій	Загалом	ЦПМСД	Амбулаторія	Лікарня	Поліклініка
Інфраструктурний стан (ремонт, обладнання, стан будівлі, чистота)	41,6%	44,0%	43,3%	30,5%	31,6%
Якість лікування	62,6%	60,9%	83,0%	55,3%	70,9%
Якість сервісних послуг (НЕ лікування)	50,7%	50,7%	63,3%	42,6%	49,6%
Загальний рівень задоволеності лікарем, з яким у Вас підписано декларацію	81,7%	80,5%	90,5%	80,1%	88,9%

Таблиця 83. Розподіл оцінки «дуже добре» діяльності закладів ПМД за типами закладів, відсотків

Джерело: обстеження «Пацієнти»

За загальним рівнем задоволеності лікарем спостерігається дещо інша тенденція – більше задоволених пацієнтів у амбулаторіях (90,5%) та поліклініках (88,9%), а менше – у ЦПМСД (80,1%) та лікарнях (81,7%). Більшість пацієнтів в усіх типах закладів високо оцінили якість лікування: від

²⁴ Індекс здоров'я. Україна-2019: Результати загальнонаціонального дослідження. Київ, 2020. С. 86, 88.

55,3% у лікарнях до 83% в амбулаторіях. Аналогічний розподіл відповідей спостерігається і за якістю сервісних послуг: від 42,6% у лікарнях до 63,3% в амбулаторіях.

У розрізі типів населених пунктів спостерігається обернена залежність щодо задоволеності пацієнтів наданням ПМД. Чим більший населений пункт, тим менш задоволеними є пацієнти (**Таблиця 84**). В обласних центрах та великих містах з населенням більше ніж 100 тисяч осіб рівень оцінки інфраструктури становить 29–33%, якості лікування – 48–60%, інших сервісних послуг – 44–52%, а загальної задоволеності – 68–77%.

Критерій	Загалом	Обласний центр	Місто з населенням більше ніж 100 тис.	Місто з населенням від 50 до 100 тис.	Місто з населенням від 20 до 50 тис.	Місто з населенням менше ніж 20 тис.	Селище міського типу	Село
Інфраструктурний стан (ремонт, обладнання, стан будівлі, чистота)	41,8%	32,0%	29,2%	33,3%	44,3%	53,8%	39,7%	49,1%
Якість лікування	62,5%	55,8%	60,0%	48,3%	55,2%	50,0%	66,8%	72,2%
Якість сервісних послуг (НЕ лікування)	50,9%	44,8%	46,2%	51,8%	39,2%	49,2%	51,0%	60,1%
Загальний рівень задоволеності лікарем, з яким у Вас підписано декларацію	81,8%	77,0%	67,7%	77,0%	75,0%	83,2%	86,8%	85,1%

Таблиця 84. Розподіл оцінки «дуже добре» діяльності закладів ПМД за типами населених пунктів, відсотків
Джерело: обстеження «Пацієнти»

З іншого боку, для селищ та сіл ці показники становлять відповідно 40–49%, 50–72%, 39–60% та 75–87%. Такі результати пояснюються різницею в особистих очікуваннях від надання послуг: мешканці великих міст більш вибагливі до послуг, тоді як мешканці сіл звикли до низького рівня розвитку інфраструктури охорони здоров'я. Також це може бути пов'язано з відмінностями в потребах українців залежно від типу населеного пункту. За даними окремих дослідників (Інститут соціології НАН України, 2012)²⁵, аналіз відповідей на запитання про напрями поліпшення стану соціальної сфери засвідчує, що, приміром, якість медичного обслуговування більше турбує селян, ніж містян.

4.6.2. Оцінка лікарського професіоналізму

При виборі лікаря 85,5% респондентів відзначили, що професіоналізм є «дуже важливим». Цьому аспекту респонденти дали найвищу оцінку з-поміж інших досліджуваних критеріїв. Такі критерії, як досвід та освіту, відзначили як «дуже важливі» 74,4% та 72,4% респондентів відповідно.

Таблиця 85 демонструє, що пацієнти загалом високо оцінюють професіоналізм лікаря і ставлять найвищу оцінку, повністю погоджуючись із твердженнями про інформування, повагу, уважність до хворого тощо. Зокрема, щонайменше 71,2% респондентів обрали найвищу оцінку «5» за шкалою від 1 до 5 за всіма питаннями, крім пункту 18. Єдиним цікавим винятком виступило твердження «Був здатен уявити себе на моєму місці», яке повністю підтримали лише 53,7% пацієнтів, причому

²⁵ Бурова О.І. Поселенська диференціація чинників життєвого комфорту в Україні. Український соціум. 2012. № 4(43). С. 19–38.

24,7% не змогли оцінити твердження (а наступне найбільш невизначене твердження – «Лікар діяв так, наче вважав, що я нічого не розумію», на яке не змогли відповісти 8,6% хворих).

Питання про здатність увявити себе на місці пацієнта, а також пов'язані твердження з найменшою підтримкою «Питав, що я знаю і розумію про мою хворобу і прогноз її розвитку» (71,2% повністю погоджуються) та «Цікавився тим, чого я очікую від лікування» (71,8% повністю погоджуються) вказують на збереження патерналістської моделі відносин між лікарем і пацієнтом, що розглядає лікаря як головну фігуру у взаєминах із пацієнтом, який встановлює особливі опікунські відносини з пацієнтом²⁶. Також можна зробити припущення, що окремі лікарі не володіють навичками емпатії в достатній мірі і не завжди цікавляться думкою пацієнтів.

	1 – зовсім ні	2	3	4	5 – повністю так	Важко сказати
1. Надав мені чітку і зрозумілу інформацію	0%	0%	2%	11%	86%	1%
2. Цікавився тим, що я відчуваю стосовно стану мого здоров'я	1%	0%	2%	10%	86%	1%
3. Звертався до мене спокійно і тихо	0%	0%	1%	8%	91%	0%
4. Розумів мої емоції та почуття	1%	1%	3%	11%	79%	6%
5. Питав, що я знаю і розумію про мою хворобу і прогноз її розвитку	6%	2%	4%	15%	69%	4%
6. Поважав мене як людину	0%	0%	2%	10%	85%	3%
7. Цікавився тим, чого я прагну і хочу від лікування	5%	2%	5%	13%	72%	4%
8. Уважно мене слухав	1%	0%	1%	9%	88%	1%
9. Звертав увагу на те, що я говорив (говорила)	0%	0%	2%	12%	83%	2%
10. Був здатен увявити себе на моєму місці	4%	1%	7%	10%	51%	27%
11. Дав мені час, щоб поставити запитання та поговорити про мою хворобу	2%	1%	5%	13%	75%	4%
12. Допоміг мені почуватись спокійно і безпечно під час огляду та під час розмови	1%	0%	2%	12%	82%	3%
13. Ставив запитання, які дозволили мені висловити свою точку зору	2%	1%	4%	13%	77%	4%
14. Цікавився тим, чого я очікую від лікування	5%	2%	6%	12%	69%	6%
15. Підбадьорював мене і демонстрував оптимізм	3%	1%	3%	14%	77%	3%
16. Дав мені можливість обговорити і разом вирішити, що саме ми будемо робити (під час лікування)	3%	1%	5%	12%	76%	3%
17. Лікар приділив мені достатньо часу	1%	1%	3%	10%	85%	1%
18. Лікар діяв так, наче вважав, що я нічого не розумію	72%	6%	4%	2%	8%	8%

Таблиця 85. Оцінка пацієнтом лікаря під час візиту

Джерело: обстеження «Пацієнти»

4.6.3. Оцінка змін після запровадження капітації

Більшість респондентів позитивно оцінили зміни в роботі медичних закладів після 1 січня 2019 року за чотирма критеріями із шести запропонованих у дослідженні (**Таблиця 86**). Загалом 62,2% респондентів відзначили покращення якості надання медичної допомоги, 64,9% вказали на кращу якість обслуговування, 59,4% відмітили позитивні зміни у стані інфраструктури (ремонт, обладнання, стан будівлі, чистота), і 62,4% підкреслили більшу зручність в отриманні послуг. Від

²⁶ Ушаков Е.В. Біоетика, Підручник і практикум для ВУЗів. М., ВАТ «Юрайт», 2017. URL: https://stud.com.ua/97757/etika_ta_estetika/bioetika.

29,8% до 32,8% респондентів не побачили змін за вказаними вище критеріями. Дещо інша ситуація стосовно змін фінансової та фізичної доступності. Так, 56% респондентів не відчули змін щодо фінансової доступності в наданні медичної допомоги (твердження «Необхідність неформальних доплат / внесків готівкою»), 58,6% – стосовно фізичної / територіальної доступності («Фізична доступність («відстань до закладу не більше 7 км»)). Ці дані є більш оптимістичними порівняно з даними опитування «Індекс здоров'я. Україна-2019»²⁷, згідно з якими 80,8% респондентів вважали, що територіальна доступність первинної медичної допомоги залишилась без змін.

Характеристики	-3	-2	-1	0	1	2	3	Не можу оцінити
Якість надання медичної допомоги	0,6%	0,5%	1,2%	29,9%	12,4%	19,8%	30,0%	5,6%
Якість обслуговування	0,3%	0,2%	0,6%	29,8%	12,9%	19,1%	32,9%	4,3%
Стан інфраструктури (ремонт, обладнання, стан будівлі, чистота)	1,0%	0,9%	1,8%	32,8%	14,4%	20,1%	24,9%	4,1%
Зручність отримання послуг	1,2%	0,7%	1,7%	30,3%	12,8%	18,6%	31,0%	3,7%
Необхідність неформальних доплат/внесків готівкою	5,0%	0,5%	1,2%	56,0%	4,0%	4,0%	8,5%	20,7%
Фізична доступність (відстань до закладу не більше 7 км)	0,8%	0,4%	0,8%	58,6%	4,5%	7,5%	23,9%	3,4%

Таблиця 86. Оцінка пацієнтами змін у роботі закладу після 1 січня 2019 року (за шкалою, де -3 – це зміни абсолютно негативні, +3 – зміни абсолютно позитивні, а 0 – змін не відбулось)

Примітки: кожен рядок показує відсоток пацієнтів, які обрали відповідне значення на шкалі. Сума відсотків у кожному рядку становить 100%.

Джерело: обстеження «Пацієнти»

Встановлено, що 6,7% респондентів відчули погіршення стосовно необхідності неформальних доплат і 2,0% відмітили погіршення фізичної доступності. Найбільшу невизначеність викликало питання щодо неформальних доплат / внесків готівкою, на яке не змогли відповісти 20,7% респондентів.

Для визначення характеристик пацієнтів, які впливають на оцінку змін у діяльності ПМД після 1 січня 2019 року, було побудовано шість лінійних ймовірнісних моделей (результати регресії наведено в **Додатку 6**). Зокрема, тих, хто обрав -3,-2 і -1 за шкалою від -3 до +3, де 0 означає відсутність змін, було об'єднано в категорію респондентів, які оцінюють зміни негативно. Решта респондентів увійшла в базову категорію, за винятком тих, які не змогли визначитися, і тому їх було виключено з аналізу.

Найбільше статистично значущих характеристик було виявлено в моделі, що оцінює погіршення ситуації з неформальними платами. Зокрема, погіршення ситуації з неформальними платами відмітили: респонденти з особливими потребами; в закладах, де відсутня можливість запису до

²⁷ Індекс здоров'я. Україна-2019: Результати загальнонаціонального дослідження. Київ, 2020. С. 93.

лікаря через Інтернет; респонденти, які не змогли відвідати лікаря в день звернення або прийшли на візит у живу чергу, та ті, хто отримав направлення.

4.6.4. Аналіз рекомендацій та побажань пацієнтів

Загалом респонденти високо оцінюють професійний рівень лікарів та якість лікування, але відмічають проблеми з інфраструктурним станом і якістю сервісних послуг. Крім того, існують певні проблеми з достатністю обладнання і персоналу, особливо в сільській місцевості. Що стосується професіоналізму лікарів, то респонденти відмічають відсутність емпатії у деяких лікарів. Крім того, більшість пацієнтів позитивно оцінила зміни в закладах після 1 січня 2019 року за чотири критеріями із запропонованих шести.

Хоча покращення інфраструктури потребуватиме значних інвестицій, існують деякі побажання пацієнтів, які порівняно легко впровадити. Це стосується можливості запису на візит через Інтернет або телефоном, отримання контактів лікаря, також інформування про необхідність і виправданість платежів за платні послуги, які в іншому випадку можуть сприйматися як хабар.

4.7. Огляд та аналіз даних щодо організаційної та матеріальної спроможності закладів ПМД надавати повний обсяг послуг ПМД (фінансові, адміністративні та операційні дані)

ПРОФІЛЬ ТИПОВОГО ЗАКЛАДУ ПМД

ЦПМСД

тип

2013 р.
засновано

2017 р.
перетворено в КНП

01.01.2019
підписано контракт

15 000 000 грн отримано за 9 міс. 2019 р.

81% коштів за 9 міс. 2019 році – від НСЗУ

28 000

декларацій



Персонал:

кількість

Оплата
праці

лікарі

23

19 тис. грн

медсестри

46

11 тис. грн

інші

57

6 тис. грн

Кількість візитів:

391

на день

2162

на тиждень

122 636

на рік

150 грн вартість візиту

16 грн собівартість ЗАК

4.7.1. Організаційний потенціал надання ПМД. Відмінності між типами закладів

У середньому за кількістю наявного населення найбільше навантаження припадає на ЦПМД при лікарнях (понад 44 тисячі осіб) та інші ЦПМСД (майже 38 тисяч осіб), поліклініки – на третьому

місці (майже 28 тисяч осіб). Рівень підписання декларацій за типом закладу становить 74–77% від кількості населення на території обслуговування. За кількістю штатного персоналу найбільшими закладами є поліклініка (175 осіб) та ЦПМСД (125 осіб). Від 37% до 47% персоналу становлять медичні сестри, тоді як лікарі – від 15% до 24%. У середньому лікарів найбільше в лікарнях та поліклініках (по 26 осіб), ЦПМСД (22 особи), а найменше – в амбулаторіях (4 особи). Відповідно, в середньому на одного лікаря припадає близько двох медсестер: у поліклініках – 3,2, амбулаторіях – 2,5, у ЦПМСД – 2,1, у лікарнях – 1,6.

У середньому на одного лікаря припадає від 799 до 1 315 підписаних декларацій (**Додаток 5, Додаток 6**) (найменше – в поліклініках, найбільше – в ЦПМСД). У середньому на одну медичну сестру приходиться 251–801 підписана декларація: у лікарнях – 801 особа, в ЦПМСД – 636 осіб, в амбулаторіях – 460 осіб, у поліклініках – 270 осіб.

Одним із важливих аспектів надання ПМД населенню є її безперервність, що, в свою чергу, забезпечується зручним режимом і графіком роботи. Слід відзначити, що відомості про режим роботи, розміщені на інформаційних дошках закладу, мали фактично всі заклади ПМД, за винятком двох закладів, де інтерв'юерами встановлено факт відсутності інформації щодо початку роботи, та в чотирьох – щодо закінчення.

Також зафіксовано окремі відмінності щодо годин прийому (в шести закладах, або 3,6% від загальної чисельності, п'ять із яких – центри ПМСД, розташовані в міських і сільських поселеннях). Це стосувалося переважно часу закінчення робочого дня на 3–15 хвилин пізніше, ніж вказано у графіку. В одному закладі (Івано-Франківська область) інтерв'юером було зафіксовано порушення графіка закінчення роботи на 180 хвилин (3 години) (зафіксований час закінчення роботи – 12:45 замість 15:45 за графіком).

За даними опитування, відхилення від графіка роботи зафіксовано лише у 4,3% закладів. За інформацією, яку отримали від лікарів / пацієнтів, відхилення від графіка роботи зафіксовано в окремих закладах – центрах ПМСД, що розташовані переважно в сільських поселеннях і малих містах. Ці відхилення стосувалися закінчення графіка роботи (роботу закінчували раніше, ніж вказано у графіку, від 10 до 140 хвилин) (п'ять закладів), у двох інших роботу закінчували пізніше на 8 і 120 хвилин відповідно. 71,2% (116) закладів розпочинали свою роботу о 8:00, 8,6% (14) – о 8:30, 8,0% (13) – о 9:00.

Загалом 78,3% центрів ПМСД починали роботу з 8:00. Аналогічно робочий день за часом розпочинався у 50% (7) амбулаторій ЗПСМ, 40% (8) лікарень та 77,8% (7) поліклінік. Окремі заклади (4,3%), переважно ЦПМСД і заклади, реорганізовані на базі лікарень та поліклінік, що розташовані в містах, розпочинали свою роботу о 7:00 (**Рисунок 24**).

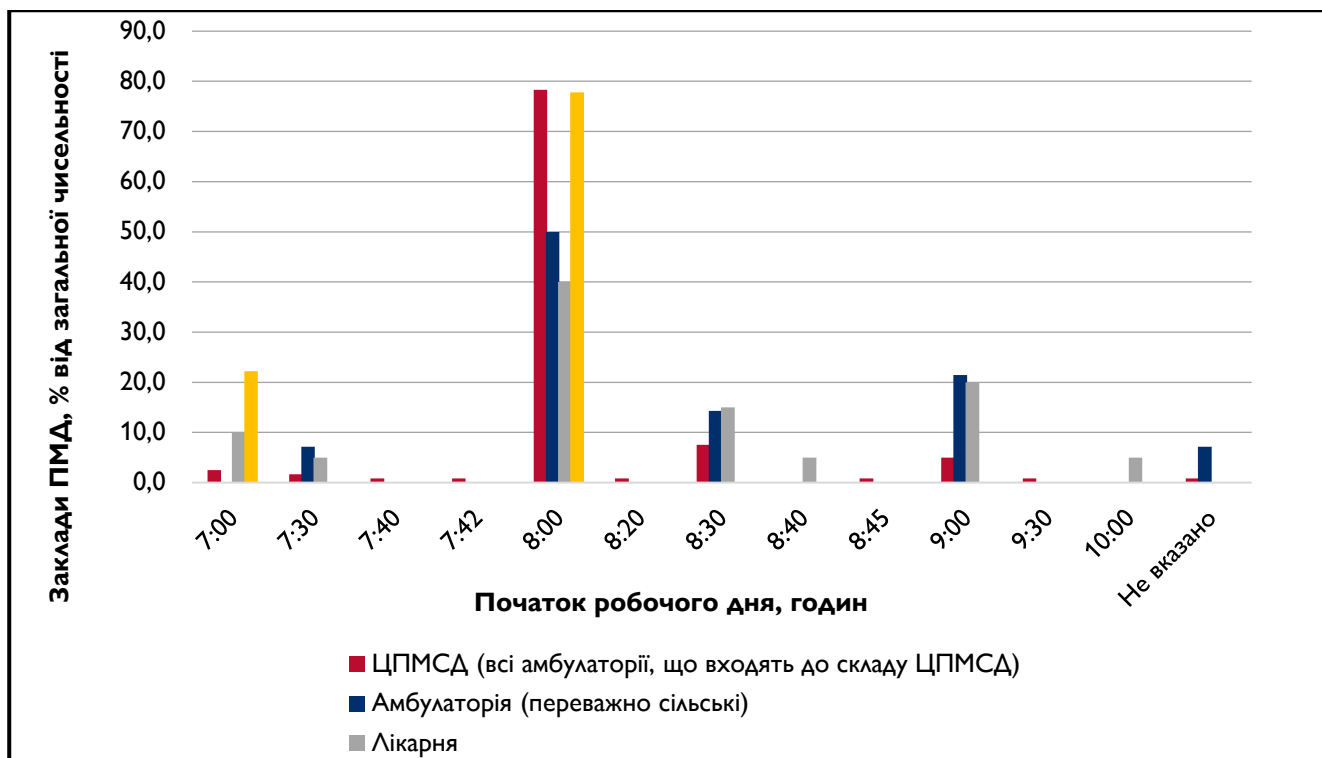


Рисунок 24. Розподіл закладів ПМД за початком їхньої роботи, відсотків

Джерело: обстеження «Фінансові показники»

Зафіксовано значне коливання часу закінчення роботи закладів – від 14:00 до 20:00. 10,4% закладів закінчували свою роботу за графіком о 17:00; о 18:00 – 20,9% закладів; о 19:00 – 6,1% закладів; о 20:00 – 19,6% закладів. Кожен п'ятий центр ПМСД (21,7% від загального їх числа) згідно з графіком роботи працював до 18:00, 10% – до 17:00, 17,5% – до 20:00. 28,6% амбулаторій ЗПСМ закінчували свою роботу о 16:00–16:12, 21,4% – о 17:00, 14,3% – о 18:00, 21,4% – о 20:00. 75% закладів ПМД, реорганізованих на базі лікарень, закінчували свою роботу в часовому діапазоні від 16:00 до 20:00. 44,4% закладів ПМД, реорганізованих на базі поліклінік, закінчували роботу о 20:00, 33,3% – о 19:00, 22,2% – о 18:00. Тривалість робочого дня становила від 360 до 780 хвилин (у середньому 540 хвилин, або 9 годин), що в переважній більшості забезпечувало роботу закладу у дві зміни.

Відомості про режим роботи надавача ПМД у вихідні та святкові дні на інформаційних дошках представлено у 60,1% закладів ПМД. У вихідні дні кожен третій заклад (36,8%) працює з 8:00. У такому режимі вихідного дня працюють 40,8% центрів ПМСД, 14,3% амбулаторій ЗПСМ, 15% закладів ПМД, реорганізованих на базі лікарень, та 66,7% закладів ПМД, реорганізованих на базі поліклінік. 19% із тих, хто розмістив у закладі цю інформацію, розпочинає роботу о 9:00.

Встановлено, що практично кожен третій заклад ПМД, реорганізований на базі лікарні, розпочинав свою роботу у вихідні та святкові дні з 9:00. Це стосувалося і кожного п'ятого закладу ПМД, реорганізованого на базі поліклініки.

У вихідні та святкові дні первинна медична допомога з 8:00 доступна для мешканців усіх типів поселень. Це практично кожен другий заклад ПМД, розташований у місті з населенням від 20 до 50 тисяч осіб, 66,7% закладів у містах від 50 до 100 тисяч осіб, а також це стосується сільських поселень і малих міст (менше ніж 20 тисяч населення). З 9:00 у такі дні розпочинають свою роботу 66,7% закладів ПМД, що розташовані в містах із населенням понад 100 тисяч осіб. Також це стосувалося кожного третього закладу ПМД (33,3%), розташованого в м. Києві та обласних містах; кожного четвертого (25%) – у містах із населенням від 20 до 50 тисяч осіб.

Час закінчення роботи у вихідні та святкові дні має значні коливання – від 12:00 до 20:00. Загалом прийом пацієнтів здійснювався до 13:00 (10,4% закладів із тих, які мають інформацію про роботу у вихідні та святкові дні) або до 14:00 (9,8%). Також до 15:00 працюють 13,5% закладів з тих, які надали таку інформацію; до 16:00 – 3,1% закладів; 18:00 – 5,5% закладів; 19:00 – 2,5% закладів; 20:00 – 1,2% закладів. Середня тривалість робочого дня у вихідні та святкові дні в середньому становила 405 хв.

Щодо розподілу за типами закладів ПМД, то слід вказати на значні коливання отриманих даних. Зокрема, 13,3% центрів ПМСД закінчували свою роботу у вихідні та святкові дні переважно о 13:00, 8,3% – о 14:00, 12,5% – о 15:00, по 4,2% – о 16:00 і о 18:00. 15% лікарень закінчували свою роботу в ці дні о 14:00, кожна п'ята з них (20%) – о 15:00, кожна десята (10%) – о 18:00. Найбільші коливання часу закінчення роботи зафіксовано в закладах ПМД, реорганізованих на базі поліклінік: частина з них вказує на закінчення роботи у вихідні та святкові дні о 14:00, інші – о 15:00, 18:00 та 19:00 (по 22,2% закладів за кожним групуванням відповідно).

Щодо розподілу за типами поселень, то 12,5% закладів, розташованих у містах від 20 до 50 тисяч осіб, закінчували свою роботу у вихідні та святкові дні о 13:00. Аналогічно це стосувалося 18,8% закладів, розташованих у містах із населенням менше 20 тисяч осіб; 21,1% – у селищах міського типу; 7,8% – у селах. Окремі заклади, розташовані у великих містах із населенням понад 100 тисяч осіб, закінчували свою роботу о 15:00. 27,3% таких закладів розташовані в м. Києві та обласних центрах, 66,7% – у великих містах. Слід вказати, що лише кожен десятий заклад (10,5%), розташований у селищі міського типу, працював до 15:00.

Найдовше працювали у вихідні та святкові дні заклади ПМД, розташовані в м. Києві та обласних, великих і середніх містах. Так, о 18:00 закінчували свою роботу в такі дні 12,1% закладів, розташованих у м. Києві та обласних містах; 12,5% – у містах з населенням від 20 до 50 тисяч осіб. Кожен шостий заклад (16,7%), розташований у містах із населенням від 50 до 100 тисяч осіб, закінчував свою роботу о 18:30. 9,1% закладів, розташованих у м. Києві та обласних містах, найпізніше закінчували свою роботу (19:00).

Інтерв'юерами відмічено, що у 12,9% закладів було зафіксовано невідповідність між присутністю лікарів на робочих місцях (**Додаток 2**) на початку робочого дня та початком прийому пацієнтів.

Таку ситуацію спостерігали у 12 центрах ПМСД, трьох амбулаторіях, п'яти лікарнях, одному закладі ПМД на базі міської поліклініки. В основному це стосувалося лікарів ЗПСМ (17 лікарів) і терапевтів (4). Такі відхилення найбільше були в закладах, які розташовано в містах із населенням від 20 до 50 тисяч осіб (6 із 21) і селищах міського типу (9 із 21). Залежності між відхилення від графіка і запізненням лікарів та подальшою витратою часу на одного пацієнта не зафіксовано, оскільки тривалість прийому лікарями в розрізі видів населених пунктів (за даними форми «Хронометраж») суттєво не відрізнялася, за винятком міст із населенням від 50 до 100 тисяч осіб (8,6 хвилини).

Загалом у 65,03% закладів прикріплене населення може записатися до лікаря через Інтернет, у т. ч. до 65,8% центрів ПМСД, 57,1% амбулаторій (переважно сільських), 50% закладів, реорганізованих на базі лікарень, і 100% закладів, реорганізованих на базі поліклінік.

Найкращі можливості записатися через Інтернет до лікаря фіксувалися в обласних центрах та м. Києві (90,9% закладів), що пояснюється розвитком таких мереж у великих містах. Щодо сільської місцевості, то майже кожен другий заклад мав таку можливість (26 із 51, або 51%), у селищах міського типу – 63,2% (24 із 38), у містах із населенням менше ніж 20 тисяч осіб – 62,5% (10 із 16). У 57 закладах така можливість відсутня: кожен третій центр ПМСД не мав такої можливості. А щодо закладів, реорганізованих на базі лікарень, та сільських амбулаторій, то це практично кожен другий заклад.

Аналіз даних за типом населених пунктів показав, що 43,8% закладів (39 із 89), до яких не можна було записатися Інтернет, розташовані в селищах міського типу та селах Івано-Франківської, Чернівецької, Запорізької, Вінницької, Миколаївської, Херсонської, Полтавської, Рівненської, Луганської, Одеської, Житомирської, Черкаської, Львівської, Тернопільської, Волинської, Закарпатської, Хмельницької та Харківської областей.

Виявлено проблеми щодо запису через Інтернет в окремих закладах, що реорганізовані на базі лікарень і розташовані в окремих містах із населенням від 50 до понад 100 тисяч осіб (Львівська, Херсонська, Чернігівська області), і навіть в обласних центрах (міста Львів, Херсон). За даними опитування, відсоток пацієнтів, які записалися в день відвідування лікарів з використанням Інтернету, в середньому склав 12,3% при значному коливанні цього показника (від 1 до 70% залежно від типу закладу) (**Рисунок 25**).

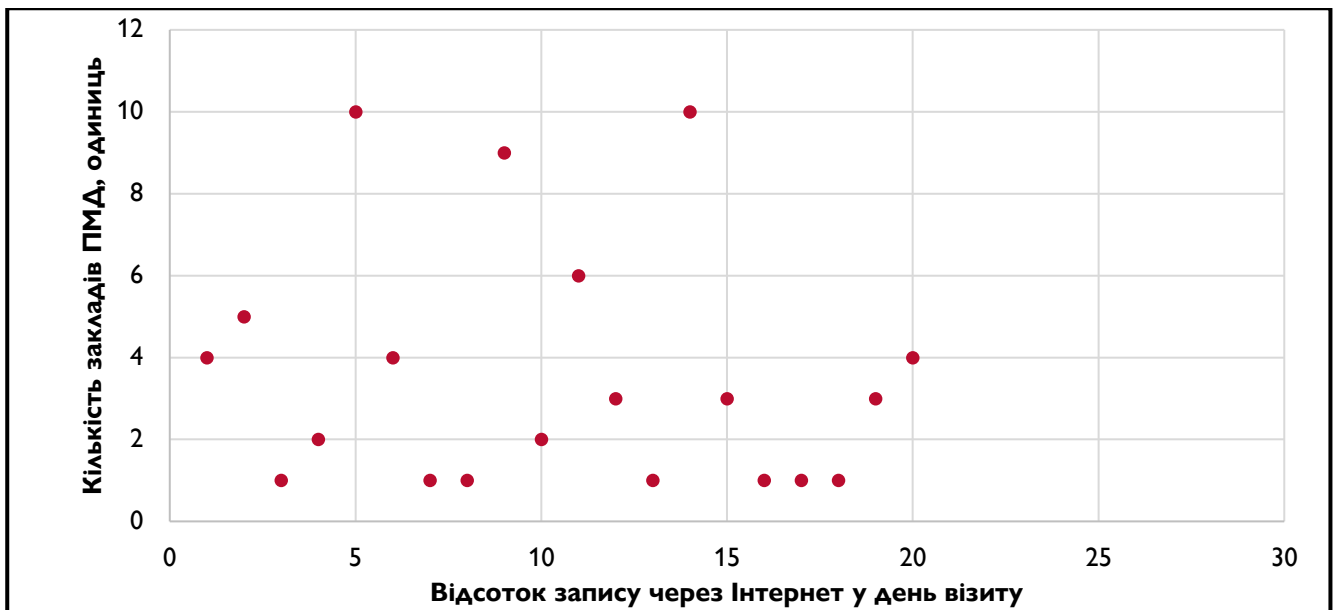


Рисунок 25. Розподіл закладів за можливістю запису через Інтернет у день візиту пацієнта
Джерело: обстеження «Фінансові показники»

30% пацієнтів мали таку змогу в 10,3% центрів ПМСД та 22,2% поліклінік. Ще 10% пацієнтів записалися через Інтернет у 7,6% ЦПМСД, 20% лікарень і 11,1% поліклінік. Така ситуація пов'язана з тим, що пацієнти планують свій візит до лікаря через електронні медичні системи зазвичай попередньо, обираючи зручний для них чи їхніх членів сім'ї час візиту. Тому в день візиту кількість вільних «вікон» у графіку прийому лікаря є обмеженою. Також, за даними опитування, така можливість була переважно у жителів обласних центрів та м. Києва (зокрема там, де використовується електронна система Helsi.me).

Стосовно запису до лікаря телефоном у день візиту пацієнта, то така можливість була у 93,3% закладів, в тому числі у 93,3% ЦПМСД, 92,9% амбулаторій, 90% лікарень і 100% поліклінік. Лише 11 закладів, які розташовані в селах (7), містах з населенням менше ніж 20 тисяч осіб (2) та містах із населенням від 50 до 100 тисяч осіб (2) семи областей, не мали такої можливості. В середньому кожен третій пацієнт (31,4%) записався в день візиту до лікарів телефоном (**Рисунок 26**). 30% пацієнтів мали таку змогу у 12,5% центрів ПМСД та 11,1% поліклінік. Ще 50% пацієнтів записалися телефоном у 6,3% ЦПМСД, 7,1% АЗПСМ, 11,1% лікарень і 44,4% поліклінік.

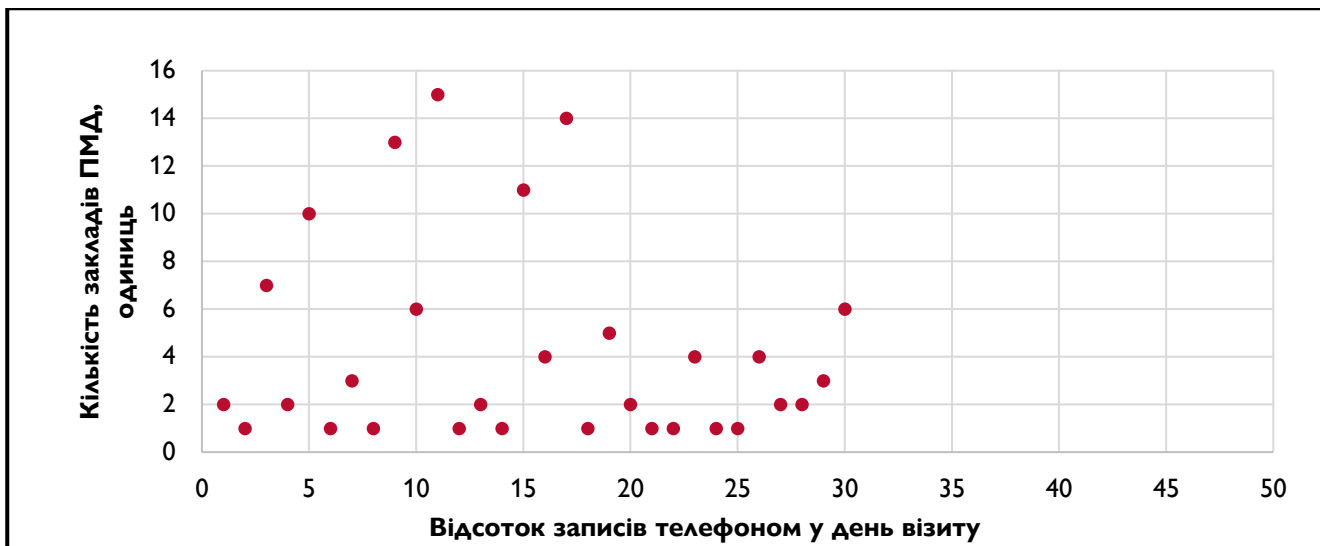


Рисунок 26. Розподіл закладів за можливістю запису телефоном у день візиту пацієнта, у відсотках до загальної чисельності

Джерело: обстеження «Фінансові показники»

У 97,5% закладів можна записатися на візит через реєстратуру в день відвідування лікаря (**Рисунок 27, Рисунок 26**). Такої можливості не було лише в чотирьох закладах Вінницької, Чернівецької, Чернігівської областей. Це два ЦПМСД, одна АЗПСМ та один заклад, реорганізований на базі лікарні, розташовані в сільській місцевості і невеликих містах. Однак була 100-відсоткова можливість записатися на візит до лікаря телефоном.



Рисунок 27. Розподіл закладів за можливістю запису реєстратуру в день візиту пацієнта, у відсотках до загальної чисельності

Джерело: обстеження «Фінансові показники»

Загалом дані опитування вказують на збереження традиційної практики запису до лікаря чи закладу, особливо в день візиту пацієнта, коли виникає потреба у зверненні, – через реєстратуру і телефоном, рідше – за допомогою Інтернету. Це може бути пов'язано як із короткою тривалістю запровадження та використання електронної системи охорони здоров'я (в тому числі

недосконалістю розробки МІС), веденням лікарями прийомів у змішаному форматі (запис через Інтернет і жива черга), так і звичкою населення використовувати традиційні способи комунікації при виникненні потреби у зверненні до закладу.

За даними опитування майже не було зафіксовано відхилення часу від запису на візит до лікаря: 80% закладів не мали таких відхилень. У 20% інтерв'юери фіксували відхилення в середньому на 12,3 хвилини (мінімальне значення – 2 хвилини, максимальне – 30 і 40 хвилин (3 випадки). Такі відхилення фіксувалися в основному в 10 ЦПМСД, розташованих у селах, – затримка від 5 до 40 хвилин; у селищах міського типу – затримка від 2 до 20 хвилин (загалом дев'ять закладів, з яких чотири ЦПМСД, дві сільські АЗПСМ, три лікарні). У містах обласного значення встановлено одиничні випадки в шести закладах – затримка до від 3 до 15 хвилин; у містах із населенням від 20 до 50 тис. осіб – від 2 до 10 хвилин (п'ять закладів).

Розподіл закладів за загальною площею (в м²) за типами закладів показав, що 42,5% ЦПМД та 57,1% АЗПСМ мали загальну площу до 500 м² (у середньому на 4–6 лікарських кабінетів). Ще 31,7% ЦПМСД розміщено на площі 600–3600 м² (8–10 кабінетів), 35,7% АЗПСМ мають площу від 500 до 900 м² (4–6 кабінетів). Загальна площа закладів ПМД, реорганізованих на базі лікарень і поліклінік, більша: у 66,7% поліклінік – у діапазоні 700–1000 м²; у лікарень – 1000–8000 м². Розподіл закладів за загальною площею (в м²) за типами поселень показав, що третина закладів (36,8% від їхньої чисельності), розташовані в селищах міського типу, та 72,5% у селах мали загальну площу до 500 м². У великих містах (обласні центри та м. Київ) – від 4 001 до 8 000 м² (30,3%) (**Рисунок 28**). 11,8% закладів ПМД, розташованих у селах, та 34,2% у селищах міського типу мали загальну площу від 500 до 1 000 м² (6–10 кабінетів для прийому пацієнтів). Це може бути пов'язано з розбудовою саме амбулаторій ЗПСМ для лікарів у сільській місцевості, яка здійснювалась у рамках проекту Мінрегіонбуду «Децентралізація»²⁸, починаючи з 2018 р.

Загалом 51,5% закладів ПМД використовували загальну площу закладу для своєї безпосередньої діяльності на 80–100%, у тому числі 35,8% ЦПМСД, кожна п'ята АЗПСМ (21,4%), кожен третій заклад, реорганізований на базі лікарні (30%), та кожен другий, створений на базі поліклініки (44,4%). Розподіл закладів за типами поселень за цим параметром такий: максимально використовують приміщення для надання медичних послуг (80–100%) 39,4% закладів, розташованих у м. Києві та обласних центрах, 33,3% – у містах із населенням понад 100 тисяч осіб, 50% – із населенням від 50 до 100 тис. осіб, 43,8% – із населенням від 20 до 50 тисяч осіб, 25% – із населенням менше ніж 20 тисяч осіб, 28,9% – в селищах міського типу, 33,3% – в селах.

²⁸ Наказ Мінрегіону України від 16.05.2018 № 117 «Про затвердження вимог та зразків щодо проектів повторного використання для закладів охорони здоров'я у сільській місцевості», зареєстрований у Міністерстві юстиції України 11 червня 2018 р.

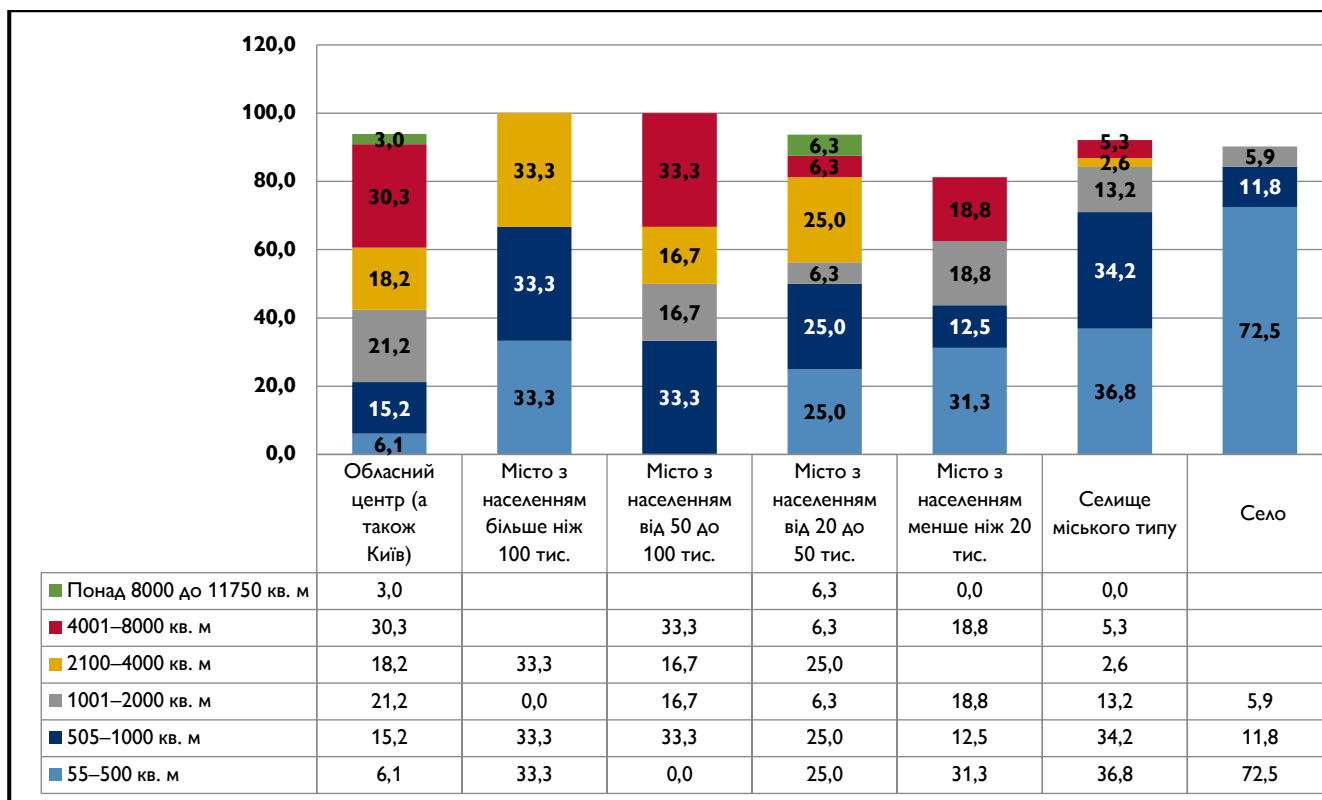


Рисунок 28. Розподіл закладів за типом поселень за загальною площею у м², у відсотках до типу поселень
Джерело: обстеження «Фінансові показники»

Розрахункова площа одного кабінету в закладі ПМД, за даними «Хронометражу», має значні коливання (**Рисунок 29**), але загалом відповідає нормативам²⁹, згідно з якими площа лікарського кабінету має бути не меншою 12 м² (площа тільки 2% закладів ПМД менша 12 м²), універсальної оглядової – від 12 до 18 м².

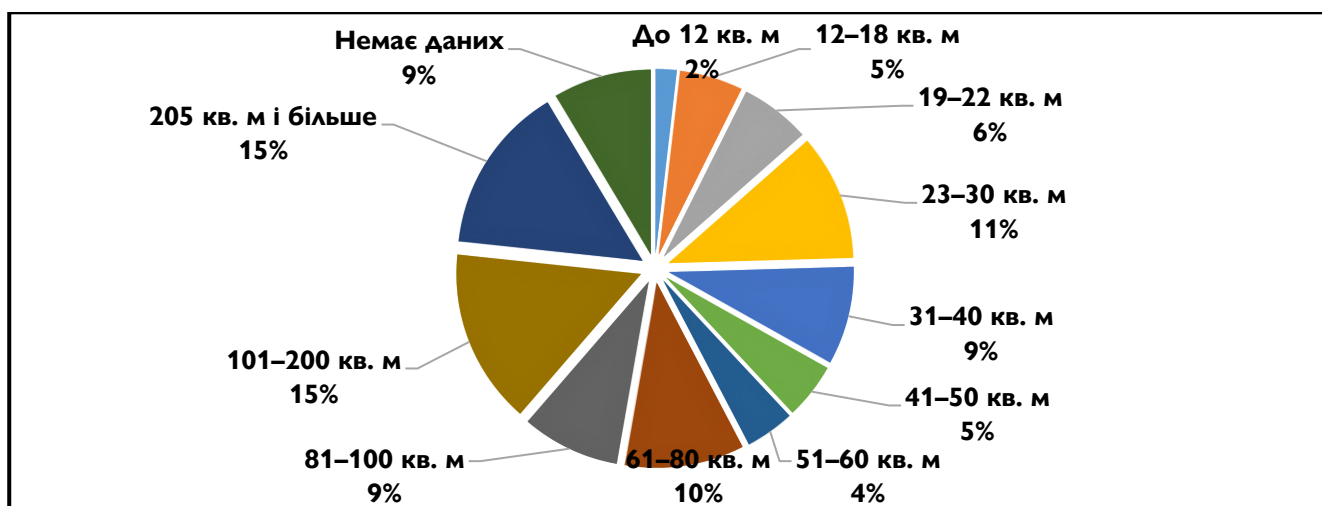


Рисунок 29. Розподіл закладів ПМД за площею одного кабінету, відсотків
Джерело: обстеження «Фінансові показники»

²⁹ Державні будівельні норми України. Будинки і споруди. Заклади охорони здоров'я ДБН В.2.2-10:2017 (проект, остаточна редакція). Видання офіційне. Київ, Міністерство регіонального розвитку, будівництва та житлово-комунального господарства України, 2017. URL: http://kbu.org.ua/assets/app/documents/Grafic_obgovoren/02.11.2017.

56,4% закладів ПМД мали ліфт або не потребували його (одноповерхова будівля), кожен другий заклад – не мав (**Таблиця 87**. Наявність ліфта в закладах ПМД, у т. ч. відсутні ліфти у практично в кожній другій амбулаторії (42,9%) та лікарні (60%), а також у 43,3% центрів ПМСД. Найкраща ситуація – в закладах, які створено на базі поліклінік: 77,8% мають ліфти, а з урахуванням відсутності такої потреби, то фактично 100-відсотково. Понад 60% закладів ПМД, розташованих у невеликих містах (до 20 тисяч населення) та селищах міського типу, а також майже кожна третя сільська амбулаторія ліфтів не мали, хоча така потреба була.

	ЦПМСД	Амбулаторія	Лікарня	Поліклініка
Так	20,0	-	35,0	77,8
Ні	43,3	42,9	60,0	-
Не потрібно	35,8	57,1	5,0	22,2
Н/Д	0,8	-	-	-

Таблиця 87. Наявність ліфта в закладах ПМД, відсотків

А) За типами закладів

	Обласний центр	Місто з населенням більше ніж 100 тис.	Місто з населенням від 50 до 100 тис.	Місто з населенням від 20 до 50 тис.	Місто з населенням менше ніж 20 тис.	Селище міського типу	Село
Так	69,7	100,0	16,7	18,8	12,5	13,2	2,0
Ні	18,2	-	83,3	56,3	62,5	60,5	33,3
Не потрібно	9,1	-	-	25,0	25,0	26,3	64,7
Н/Д	3,0	-	-	-	-	-	-

Б) За типами населених пунктів

Джерело: обстеження «Фінансові показники»

Пандусами обладнано 69,9% закладів, 9,8% їх не потребували. Відсутні пандуси у 17,2% закладів. Інклюзивність доступу найкраще забезпечено в центрах ПМСД (67,5%), лікарнях (85%) і поліклініках (100%), дещо гірше – в амбулаторіях ЗПСМ, 14,3% яких не забезпечено пандусами. Особливо це стосувалося невеликих міст (до 20 тисяч населення), селищ міського типу і сіл (**Рисунок 30**).

62% закладів мали спеціальні місця для залишення дитячих візочків. Найкраща ситуація – в ЦПМСД (65%) і амбулаторіях (78,6%), дещо гірша – в закладах, реорганізованих на базі лікарень (35%) або поліклінік (55,6%). Щодо розподілу закладів за типом поселень, то картина практично однорідна в усіх типах поселень: від 54,5% (обласні центри) до 64,7% (села) мали спеціальні приміщення для вказаних цілей. Найкраща ситуація – в містах із населенням понад 100 тисяч осіб (100% забезпечення). Ігрові зони чи спеціальні місця для очікування з дітьми наявні у 37,4% закладів ПМД. Найкраща ситуація – в центрах ПМСД (40,8%) та АЗПСМ (35,7%). Щодо лікарень і поліклінік, то лише кожна четверта з них має такі зони (відповідно 25% і 22,2%).

Загалом 83,3% закладів, розташованих у містах із населенням від 50 до 100 тисяч осіб, мали ігрові зони. Найгірша ситуація в закладах, розташованих в обласних центрах: тільки кожен четвертий заклад мав обладнану зону для очікування з дітьми. У невеликих містах і селищах міського типу таку зону мав кожен третій заклад (відповідно 37,5% і 34,2% закладів).

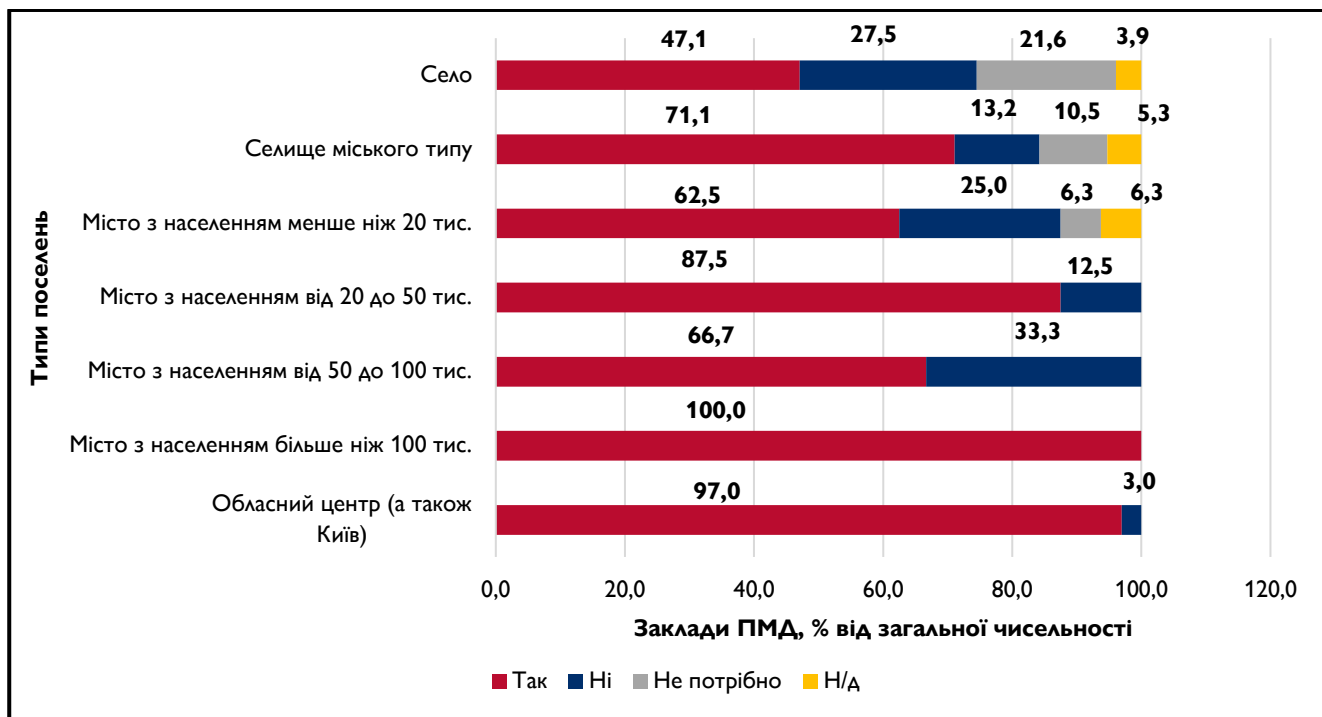


Рисунок 30. Наявність пандуса: розподіл закладів за типом населеного пункту, відсотків

Джерело: обстеження «Фінансові показники»

У 91,4% закладів туалет було відкрито для відвідувачів, у тому числі у 90,8% центрів ПМСД, 92,9% амбулаторій, 91,5% лікарень і 100% поліклінік. У сільських поселеннях цей відсоток був на рівні 80,4%, у невеликих містах (до 50 тисяч населення) – 93,8%.

Лише кожен третій заклад ПМД (30,7%) мав спеціальний туалет для маломобільних груп пацієнтів. Найкраща ситуація – в поліклініках (45%) і закладах, які розташовано в обласних і великих містах (відповідно 66,7% мають такі туалети). Найгірша – в центрах ПМСД (25,8% таких закладів) і закладах, які розташовано в сільській місцевості (відповідно 18,4% у селищах міського типу; 13,7% – у селах; 25% – у містах до 20 тисяч населення; 33,3% – у містах від 50 до 100 тисяч населення; 37,5% – у містах із населенням від 20 до 50 тисяч осіб). Санвузли 71,2% закладів було забезпечено засобами для миття рук. Це стосувалося всіх типів закладів, за винятком амбулаторій (кожна друга, за даними «Хронометражу»). Найкраща ситуація щодо дотримання відповідних гігієнічних умов – у закладах ПМД, що розташовані в обласних центрах (84,8%), містах із населенням понад 100 тисяч осіб (100%), містах із населенням від 50 до 100 тисяч осіб (81,3%), селищах міського типу (71,1%). Гірша ситуація – в малих містах із населенням до 20 тисяч осіб (62,5%) та селах (62,7%) (**Рисунок 31**).

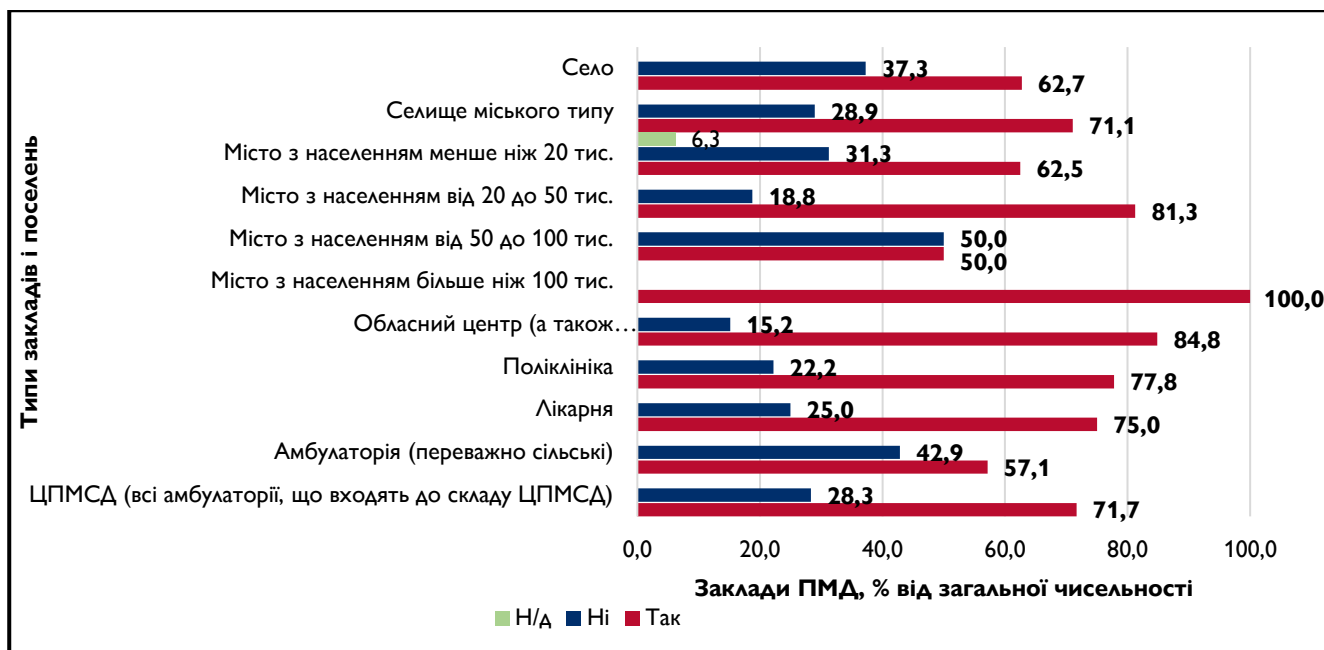


Рисунок 31. Наявність засобів для миття рук у санвузлах закладів ПМД за типами і поселеннями, відсотків
Джерело: обстеження «Фінансові показники»

Загалом дані дослідження вказують, що в переважній більшості закладів ПМД забезпечується дотримання санітарно-гігієнічних вимог³⁰ щодо ефективної роботи санітарно-технічного, технологічного та іншого обладнання, а також створено умови для зручного доступу до закладу і перебування в ньому.

73% закладів мають від одного до десяти кабінетів. Це характерно переважно для ЦПМСД (78,3%) та амбулаторій ЗПСМ (100%). Більш потужні – це заклади, реорганізовані на базі лікарень і поліклінік, які мають від 11 до 50 лікарських кабінетів (відповідно кожна друга лікарня та поліклініка).

У сільській місцевості переважна більшість закладів мали 1–10 кабінетів (98% – у селах та 86,8% – у селищах міського типу). В містах заклади більшої потужності. Зокрема, від 11 до 20 кабінетів мають 36,4% закладів, що розташовані в обласних центрах, а також у містах з населенням більше ніж 100 тисяч осіб (33,3%) і з населенням від 20 до 50 тисяч осіб (43,8%). У 99% закладів наявні приміщення для очікування прийому; у двох центрах ПМСД такі місця, за даними опитування, відсутні (Сумська, Кіровоградська області).

³⁰ Про затвердження Державних санітарних норм і правил «Санітарно-протиепідемічні вимоги до закладів охорони здоров'я, що надають первинну медичну (медико-санітарну) допомогу: наказ МОЗ України від 02.04.2013 № 259 (зі змінами). URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z0570-13>.

4.7.2. Аналіз фінансових показників діяльності закладів ПМД

Таблиця 88 ілюструє організаційну структуру 119 зі 163 закладів ПМД, включених у вибірку для аналізу фінансових показників (аналіз проведено для тих закладів, які функціонують більше року та надали математично точну інформацію щодо фінансових ресурсів).

	ЦПМСД	Амбулаторія	Лікарня	Поліклініка
Кількість пацієнтів				
Кількість наявного населення	39 744	6 070	44 619	27 553
Кількість підписаних декларацій	29 430	4 603	34 281	20 573
Штатний персонал	125	26	110	175
Кількість лікарів-педіатрів	4	-	4	18
Кількість лікарів загальної практики – сімейних лікарів	17	4	17	2
Кількість лікарів-терапевтів	2	-	4	6
Кількість медичних сестер	46	10	43	82
Кількість фельдшерів	9	3	5	1
Кількість адміністративного персоналу	11	3	5	8
Кількість додаткового персоналу	11	2	11	4
Кількість іншого персоналу	26	4	21	54

Таблиця 88. Організаційна структура закладів ПМД, 2019 р.

Джерело: обстеження «Фінансові показники»

У 2018 році найбільші бюджети були переважно в поліклініках (**Таблиця 89**) – в середньому дохідна частина бюджету становила 27 млн грн. Середній бюджет ЦПМСД був майже 18 млн грн, а лікарні – понад 13 млн грн. На одну амбулаторію припадало майже 2,4 млн грн.

	ЦПМСД	Амбулаторія	Лікарня	Поліклініка
ДОХОДИ (загалом)	17 937 026	2 337 275	13 064 388	27 069 784
Отримані від НСЗУ	4 468 477	408 501	601 083	1 766 000
Медична субвенція	7 814 370	1 411 740	10 289 079	19 755 615
Місцеві програми	3 737 176	535 622	1 197 386	4 651 540
Інші надходження	1 860 288	123 696	976 844	896 627
ВИДАТКИ (загалом)	16 843 240	2 208 527	12 204 267	26 498 493
Капітальні видатки	1 187 767	95 333	1 216 968	451 095
Комунальні видатки	1 049 130	114 269	596 319	1 470 460
Закупівля матеріалів, медикаментів, медичних інструментів	1 536 852	98 599	853 885	1 768 076
ФОНД ОПЛАТИ ПРАЦІ (лікарі)	3 835 650	489 546	3 263 676	7 283 923
Оклад	1 522 965	264 305	1 672 983	3 564 105
Премії	468 550	12 328	109 883	621 861
Інші доплати	1 155 858	124 634	852 159	1 958 320
Нарахування	687 332	88 279	628 651	1 314 727
ФОНД ОПЛАТИ ПРАЦІ (медичні сестри)	5 411 913	856 745	4 367 382	8 451 297
Оклад	2 532 026	464 203	2 426 585	4 112 202
Премії	375 928	14 660	128 878	427 178
Інші доплати	1 544 794	223 232	1 028 123	2 320 578
Нарахування	962 428	154 650	783 796	1 466 513
ФОНД ОПЛАТИ ПРАЦІ (інші)	3 478 298	537 762	1 859 997	5 471 704
Оклад	1 577 345	249 942	826 734	2 515 016
Премії	270 127	14 299	44 962	502 977
Інші доплати	999 651	164 100	647 560	1 694 060
Нарахування	649 274	109 420	340 742	989 131

Таблиця 89. Структура бюджету закладів охорони здоров'я, 2018 р., грн

Джерело: обстеження «Фінансові показники»

Основним джерелом фінансування закладів була медична субвенція з державного бюджету місцевим бюджетам. На неї прийшлося від 44% доходів закладів охорони здоров'я у ЦПМСД до 79% – у лікарнях. У 2018 році ЦПМСД, амбулаторії, лікарні та поліклініки вже почали отримувати кошти від НСЗУ (25%, 17%, 5% та 7% всіх доходів відповідно). Крім того, суттєвим джерелом фінансування були місцеві програми, частка коштів яких у загальних обсягах доходів становила 17–23%, за винятком лікарень (9%).

За результатами 9 місяців 2019 року (**Таблиця 90**) середні номінальні бюджети закладів зросли в амбулаторіях та лікарнях навіть порівняно з повним 2018 роком. Більше того, за розміром бюджету ЦПМСД поступилися лікарням другим місцем. На першому місці залишилися поліклініки. Така ситуація може бути пов'язана зі строками («хвилями») підписання договорів: більшість центрів ПМСД уклали договори з НСЗУ у першу і другу хвилю, а заклади, реорганізовані на базі лікарень, – переважно у третю.

	ЦПМСД	Амбулаторія	Лікарня	Поліклініка
ДОХОДИ (загалом)	15 510 380	2 538 228	15 241 188	23 411 084
Отримані від НСЗУ	12 763 209	1 844 945	13 984 476	11 631 408
Медична субвенція	163 490	1 719	-	7 708 436
Місцеві програми	1 886 267	663 499	1 108 289	3 585 334
Інші надходження	694 077	28 072	160 372	422 878
ВИДАТКИ (загалом)	14 385 679	2 449 721	13 377 050	21 888 776
Капітальні видатки	936 818	58 727	1 049 297	714 476
Комунальні видатки	628 102	82 797	447 997	967 600
Закупівля матеріалів, медикаментів, медичних інструментів	1 059 132	175 293	1 458 620	2 490 799
ФОНД ОПЛАТИ ПРАЦІ (лікарі)	4 013 909	600 598	4 317 021	6 830 959
Оклад	1 454 970	259 080	1 306 054	2 868 792
Премії	972 706	90 211	1 025 733	1 804 854
Інші доплати	855 099	145 068	813 189	987 647
Нарахування	706 831	106 238	676 039	1 169 666
ФОНД ОПЛАТИ ПРАЦІ (медичні сестри)	4 573 050	809 282	3 981 608	6 037 860
Оклад	2 148 745	384 749	1 533 208	3 041 086
Премії	551 704	94 193	602 378	945 666
Інші доплати	1 021 943	189 847	783 090	1 005 974
Нарахування	815 827	140 493	644 711	1 045 135
ФОНД ОПЛАТИ ПРАЦІ (інші)	3 005 164	707 600	1 933 449	3 912 250
Оклад	1 460 228	321 352	670 406	1 825 960
Премії	311 281	92 077	144 766	569 418
Інші доплати	636 856	161 545	505 277	826 775
Нарахування	558 028	129 678	282 911	690 097

Таблиця 90. Структура бюджету закладів охорони здоров'я, I–III квартали 2019 р., грн

Джерело: обстеження «Фінансові показники»

У 2019 році у всіх закладах ПМД основним джерелом доходів є кошти НСЗУ: лікарні – 92%, ЦПМСД – 82%, амбулаторії – 73% та поліклініки – 50%. Місцеві програми також продовжують грати важливу роль у фінансовій підтримці функціонування амбулаторій (26%), в той час як для ЦПМСД (12%), поліклінік (15%) та лікарень (7%) значення місцевих програм зменшилося. Заклади стали більш незалежними від місцевої влади, одночасно зменшилось місцеве фінансування. В той же час поліклініки продовжували отримувати значні кошти за рахунок медичної субвенції (33%).

Відбулися певні зміни у структурі видатків закладів ПМД. Найбільшу питому вагу становлять видатки на оплату праці. У 2019 році (9 місяців) її частка в поліклініках зменшилася, а в деяких – збільшилася. Зокрема, якщо в середньому у 2018 році частка фонду оплати праці була 76%, то у 2019 році в поліклініках вона склала 77% (80% у 2018 році), а в ЦПМСД зросла до 81% (76% у 2018 році). В амбулаторіях та лікарнях частка заробітної плати не змінилася – 85% (86% у 2018 році) та 76% (78% у 2018 році) відповідно.

Для фонду оплати праці характерним є скорочення частки оплати медсестер та збільшення частки оплати лікарів. Якщо у 2018 році частка витрат на оплату праці медсестер у фонді оплати праці була основною статтею видатків і становила 40–46%, то у 2019 році вона впала до 36–38%. Більше того, в усіх закладах, незалежно від питомої ваги фонду оплати праці у структурі загальних видатків, у 2019 році зросла частка оплати праці лікарів при одночасному зменшенні частки медсестер. Це може бути сигналом того, що оптимізація персоналу закладів ПМД відбувається шляхом

скорочення середнього та іншого персоналу або зменшення їхніх заробітних плат відносно лікарів.

Якщо розглянути середній фонд заробітної плати на одного лікаря та медичну сестру, то загалом існує прямий взаємозв'язок. Іншими словами, якщо заробітна плата лікаря вища, то вищою є й заробітна плата медичних сестер. Винятком є поліклініки, для яких характерні найвищі середні заробітні плати лікарів (понад 29 тис. грн) та низькі заробітні плати медсестр (майже 8,2 тис. грн, що є найнижчим рівнем оплати праці медичних сестер). Найменші заробітні плати лікарів амбулаторій – 16,7 тис. грн. З іншого боку, рівень заробітної плати не пов'язаний із задоволеністю пацієнтів та лікарів ПМД.

Існує певна різниця у структурі фонду заробітної плати між лікарями та медсестрами (**Рисунок 33**). У останніх вищою є частка окладу, в той час як у лікарів більшою є частка премій. Для лікарів характерними є менша питома вага окладу та більша питома вага премій, ніж для медичних сестер.

Отже, збільшення фонду оплати праці лікарів після реформи відбулося за рахунок оптимізації кількості середніх медичних працівників, а також усе ще важливої ролі премій та доплат у структурі заробітної плати порівняно з окладом.

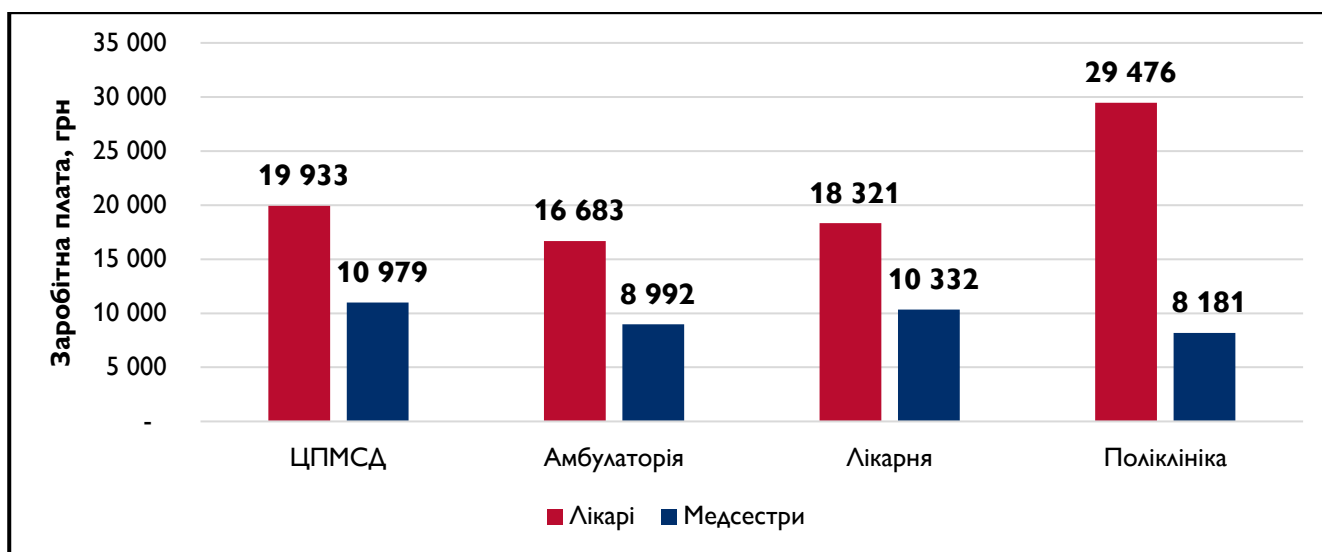


Рисунок 32. Середня місячна заробітна плата лікарів та медсестр за типом закладу, 2019 р., грн

Джерело: обстеження «Фінансові показники»

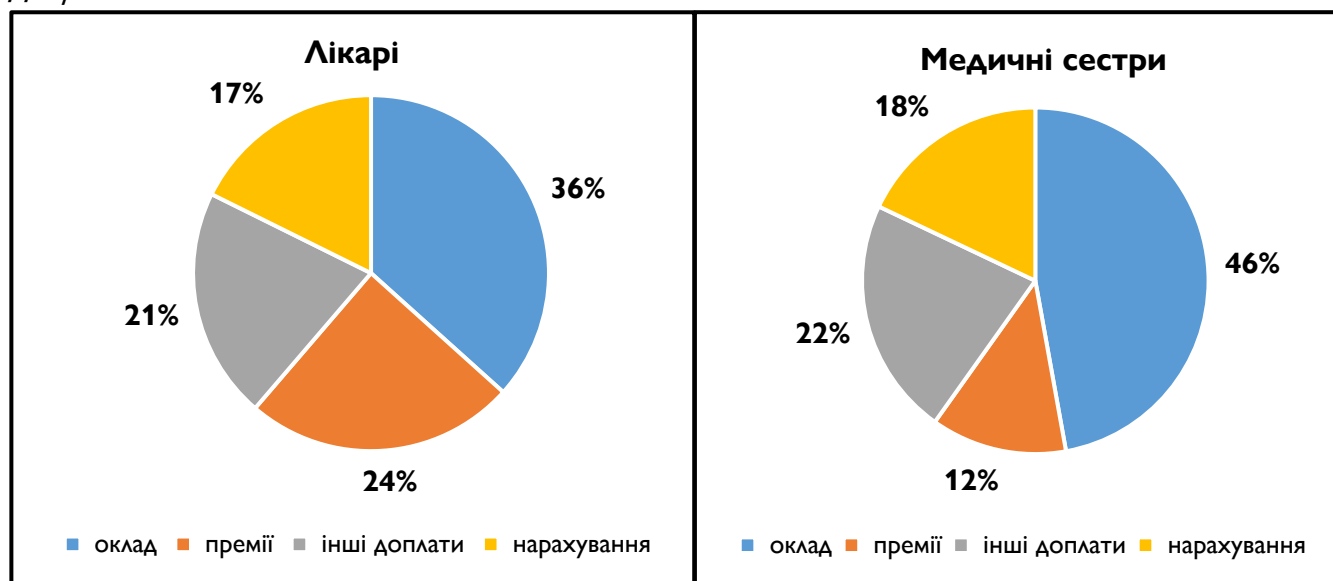


Рисунок 33. Структура фонду заробітної плати лікарів та медсестер, 2019 р., відсотків

Джерело: обстеження «Фінансові показники»

4.7.3. Аналіз матеріального забезпечення та відповідності нормативам. Реформування та інвестиційна діяльність

Переважна більшість закладів ПМД має плани розвитку та здійснює інвестування у матеріально-технічну базу. Найменша частка закладів ПМД, які мають план розвитку, – у поліклінік (67%), у той час як такі документи мають усі амбулаторії, 95% лікарень та 85% ЦПМСД (**Рисунок 34**).



Рисунок 34. Наявність планів розвитку та інвестиційної активності, відсотків

Джерело: обстеження «Фінансові показники»

Частка закладів, які покращують технічну базу, є не нижчою 86%. Головними джерелами інвестицій є кошти органів місцевого самоврядування (**Таблиця 91**), які використовуються у 67–81% закладів, та власні кошти – як від капітаційного фінансування (45–78%), так і з інших джерел (21–

56%). Слід зазначити, що капітаційне фінансування менше використовується для покращення технічної бази амбулаторіями (50%) та лікарнями (45%), а більше – ЦПМСД (70%) та поліклініками (78%).

	ЦПМСД	Амбулаторія	Лікарня	Поліклініка
Кошти від органів місцевого самоврядування	81%	71%	65%	67%
Власні кошти від капітаційного фінансування	70%	50%	45%	78%
Власні кошти з інших джерел	30%	21%	40%	56%
Гранти, дарунки	23%	14%	10%	0%
Інше	14%	14%	15%	44%
Не здійснювались	7%	14%	10%	0%

Таблиця 91. Джерела інвестицій, відсотків

Джерело: обстеження «Фінансові показники»

«Цікавою знахідкою» дослідження є певні особливості залучення коштів за рахунок грантів та дарунків у різних типах закладів: поліклініки практично не використовують це джерело, а серед лікарень та амбулаторій його частка становить 10–14%. З іншого боку, ЦПМСД найбільше використовують гранти (23%). Загалом масштабність та вплив інвестицій можна поставити під питання, оскільки капітальні видатки становлять у середньому лише 1–4% всіх видатків (2019).

	ЦПМСД	Амбулаторія	Лікарня	Поліклініка
Отоофтальмоскоп	96%	79%	100%	89%
Електрокардіограф	97%	100%	100%	100%
Пікфлоуметр	81%	57%	85%	89%
Апарат визначення рівня глюкози крові у комплекті	98%	93%	100%	100%
Центрифуга	75%	71%	95%	89%
Набір лікарських засобів та медичних виробів для надання медичної допомоги при невідкладних станах	98%	100%	100%	100%
Швидкі тести: вагітність, тропоніни, ВІЛ, вірусні гепатити тощо	95%	71%	95%	78%
Сумка-холодильник з набором акумуляторів холоду	99%	93%	100%	100%
Холодильник для зберігання лікарських засобів	98%	100%	100%	100%
Сповивальний столик (для зали очікування)	94%	86%	90%	67%
Автомобіль легковий	88%	86%	95%	78%
Спірометр	69%	71%	80%	67%
Небулайзер	92%	86%	95%	100%
Гематологічний аналізатор	61%	50%	80%	56%
Мікроскоп	60%	79%	100%	100%
Біохімічний аналізатор	48%	71%	90%	78%
Освітлювач переносний безтіньовий	72%	57%	90%	89%
Холодильник для зберігання вакцин	98%	100%	100%	100%
Ноші медичні	82%	93%	95%	89%
Крісло-каталка	71%	79%	95%	67%

Таблиця 92. Наявність елементів матеріально-технічної бази, відсотків

Джерело: обстеження «Головні лікарі»

Склад матеріально-технічної бази демонструє такі тенденції. Загалом з наведеного нижче переліку лише декілька позицій не наявні у значній кількості закладів (**Таблиця 92**). Можна зробити висновок, що в аспекті наявності найбільш проблемною є позиція гематологічного аналізатора: ним забезпечено лише 61% ЦПМСД, 50% амбулаторій, 80% лікарень та 56% поліклінік. Біохімічний аналізатор не входить до табеля оснащення практики ПМД, але у 52% закладів він є.

Також у ЦПМСД є проблеми з наявністю мікроскопів (60%), крісел-каталок (71%) та спірометрів (69%). В амбулаторіях проблемною є наявність центрифуг (71%) та переносних освітлювачів (57%), у поліклініках – сповивальних столиків (67%) та крісел-каталок (67%). У цьому плані найменші проблеми саме в лікарнях: рівень їх матеріально-технічного забезпечення відповідно до табеля оснащення не нижчий 80%.

З відповідністю кількості елементів технічної бази табелю оснащення ситуація дещо гірша, хоча корелює з результатами за наявністю (**Таблиця 93**). По-перше, немає жодної позиції, яка б повністю відповідала табелю, в усіх закладах. Відповідно, немає жодного типу закладів, де б усі позиції відповідали табелю.

	ЦПМСД	Амбулаторія	Лікарня	Поліклініка
1. Отофталмоскоп	88%	79%	95%	78%
2. Електрокардіограф	85%	93%	90%	78%
3. Пікфлоуметр	68%	50%	75%	78%
4. Апарат визначення рівня глюкози крові у комплекті	89%	93%	90%	100%
5. Центрифуга	67%	71%	85%	89%
6. Набір лікарських засобів та медичних виробів для надання медичної допомоги при невідкладних станах	92%	100%	95%	100%
7. Швидкі тести: вагітність, тропоніни, ВІЛ, вірусні гепатити тощо	85%	71%	90%	78%
8. Сумка-холодильник з набором акумуляторів холоду	90%	93%	95%	100%
9. Холодильник для зберігання лікарських засобів	91%	100%	95%	89%
10. Сповивальний столик (для зали очікування)	83%	86%	90%	67%
11. Автомобіль легковий	64%	79%	75%	78%
12. Спірометр	54%	71%	80%	67%
13. Небулайзер	74%	79%	85%	100%
14. Гематологічний аналізатор	48%	43%	75%	56%
15. Мікроскоп	49%	71%	85%	100%
16. Біохімічний аналізатор	38%	64%	85%	67%
17. Освітлювач переносний безтіньовий	58%	50%	75%	89%
18. Холодильник для зберігання вакцин	89%	93%	95%	100%
19. Ноші медичні	69%	86%	90%	89%
20. Крісло-каталка	51%	57%	95%	67%

Таблиця 93. Відповідність кількості табелю оснащення, відсотків

Джерело: обстеження «Головні лікарі»

До семи позицій, за якими окремі типи закладів повністю відповідають таблицю оснащення, належать глюкометри (амбулаторії та поліклініки), набори лікарських засобів та медичних виробів для надання медичної допомоги при невідкладних станах (амбулаторії та поліклініки), сумки-холодильники з набором акумуляторів холоду (амбулаторії та поліклініки), холодильники для зберігання лікарських засобів (амбулаторії), небулайзери (поліклініки), мікроскопи (поліклініки) та холодильники для зберігання вакцин (поліклініки).

Отже, хоча заклади активно інвестують у матеріальну базу після реформи і в основному забезпечені основними обладнанням, усе ще існують певні потреби.

4.7.4. Аналіз ефективності та продуктивності: розрахунок вартості одиниці послуги ПМД відповідно до оціненого навантаження

Вартість послуги (візиту) розраховувалася за основі поточних видатків закладів ПМД (фонд заробітної плати, комунальні видатки та видатки на медикаменти, матеріали тощо) та загальних видатків закладів ПМД (поточні та капітальні).

Дослідження показало, що існує різниця у вартості одного візиту як у розрізі типів закладів ПМД, так і за типами населених пунктів, де розміщено ці заклади. **Таблиця 94** демонструє ключові показники діяльності закладів та середню вартість візиту, розраховану на основі загальних видатків та поточних витрат (фонд заробітної плати, медикаменти та комунальні послуги) за три квартали 2019 року.

	ЦПМСД	Амбулаторія	Лікарня	Поліклініка
Середня вартість візиту на основі загальних видатків, грн	152	131	125	193
Середня вартість візиту на основі поточних витрат, грн	141	128	113	178

	Обласний центр	Місто з населенням більше ніж 100 тис.	Місто з населенням від 50 до 100 тис.	Місто з населенням від 20 до 50 тис.	Місто з населенням менше ніж 20 тис.	Селище міського типу	Село
Середня вартість візиту на основі загальних видатків, грн	138	149	129	146	158	171	154
Середня вартість візиту на основі поточних витрат, грн	129	140	124	130	139	158	144

Таблиця 94. Середня вартість візиту за типами закладів та типами населених пунктів, I–III квартали 2019 року, грн

Джерело: обстеження «Фінансові показники», «Хронометраж»

У розрізі типів закладів ПМД найдешевша вартість одного візиту – в закладах ПМД при лікарнях та амбулаторіях як за поточними (113 та 128 грн відповідно), так і за загальними витратами (125 та 131 грн відповідно). Капітальні видатки, які становлять різницю між двома підходами, незначно

збільшують вартість послуги в цих закладах. Трохи дорожчою є вартість візиту в ЦПМСД: 141 та 152 грн відповідно. Найбільша вартість одного візиту в поліклініках (178 та 193 грн відповідно). Загалом різниця у вартості візиту цілком пояснюється різницею в заробітних платах між закладами, оскільки фонд заробітної плати є головною статтею видатків.

У розрізі типів населених пунктів загалом спостерігається обернена залежність між розмірами населених пунктів та вартістю послуг: чим меншим є населений пункт, тим вищими є витрати на один візит. Відповідно, найдорожчою є вартість візиту в селищах міського типу – 158–171 грн. найдешевшою є вартість візиту в містах із населенням від 50 до 100 тисяч осіб (124–129 грн).

ВИСНОВКИ

5. ВИСНОВКИ

У частині опитування респондентів дослідження показало, що впровадження капітаційної оплати в закладах ПМД позитивно оцінюється переважною кількістю як провайдерів, так і користувачів такої допомоги. Попри певні складнощі щодо подальшого розвитку системи, зокрема з налагодженням зв'язків з іншими ланками медичної допомоги, (не)бажанням місцевих органів влади інвестувати в заклади ПМД, котрі їм належать тощо, жоден респондент не висловився за зупинку подальшого реформування системи ПМД та не назвав змін, що вже відбулися, марними чи непотрібними.

Дані щодо навантаження на лікаря в частині кількості як візитів пацієнтів до закладу, так і домашніх візитів, показують, що в середньому лікарі приймають пацієнтів у межах сталих нормативів на один візит (13 хвилин). Наші спостереження показали, що існує лише незначна відмінність між даними реєстратури та отриманими в ході хронометражу. Одночасно дослідження виявило наявний потенціал використання часу: тільки 35,5% лікарів проводять до 30 прийомів за день, тоді як інші 49,3% – до 20 прийомів.

Уразливі групи населення більше відвідують заклади ПМД, створені на базі поліклінічних відділень лікарень, що може пояснюватись можливістю одночасно отримати консультацію спеціалістів поряд з лікарями первинної ланки. Однак ця група населення потребує додаткового вивчення через можливе обмеження дослідження вибіркою закладів.

Переважною частиною опитаних випадковим чином пацієнтів стали особи з низькими рівнями доходів. Це опосередковано може свідчити про наявний рівень доступності такої допомоги серед уразливих верств населення.

Кількість направлень до СМД, котрі в середньому виписують лікарі ПМД, становить 15 на кожному 100 візитів пацієнтів. Найбільше направлень роблять лікарі закладів ПМД, котрі з'явилися шляхом реструктуризації лікарень широкого профілю. Це може свідчити про ймовірні надмірні (недоцільні) направлення у зв'язку зі сталими практиками надання медичної допомоги. Також більша кількість направлень спостерігається у лікарів з меншим досвідом, що опосередковано свідчить про необхідність додаткового професійного навчання та підвищення кваліфікації серед лікарів, а також удосконалення навчальної програми та процесу у вищих закладах освіти.

У частині задоволеності роботою відповіді респондентів дослідження збігаються з результатами міжнародних досліджень та характеризуються переважно позитивним сприйняття змін після впровадження капітації. Також під час інтерв'ю не висувалися традиційні вимоги щодо збільшення оплати праці, що вказує на практично певний суб'єктивний баланс між навантаженням та розміром

оплати праці в системі ПМД, а отже – і достатній розмір встановленої капітаційної оплати (хоча про збільшення капітаційної ставки лікарі згадували).

Повідомлення частини головних лікарів (60%) про дефіцит кадрового забезпечення закладів потребує додаткового вивчення щодо причин і наявних обмежень на ринку праці. Більш критичною ця проблема є для віддалених закладів. Наприклад, представники лікарень практично не відзначали браку персоналу.

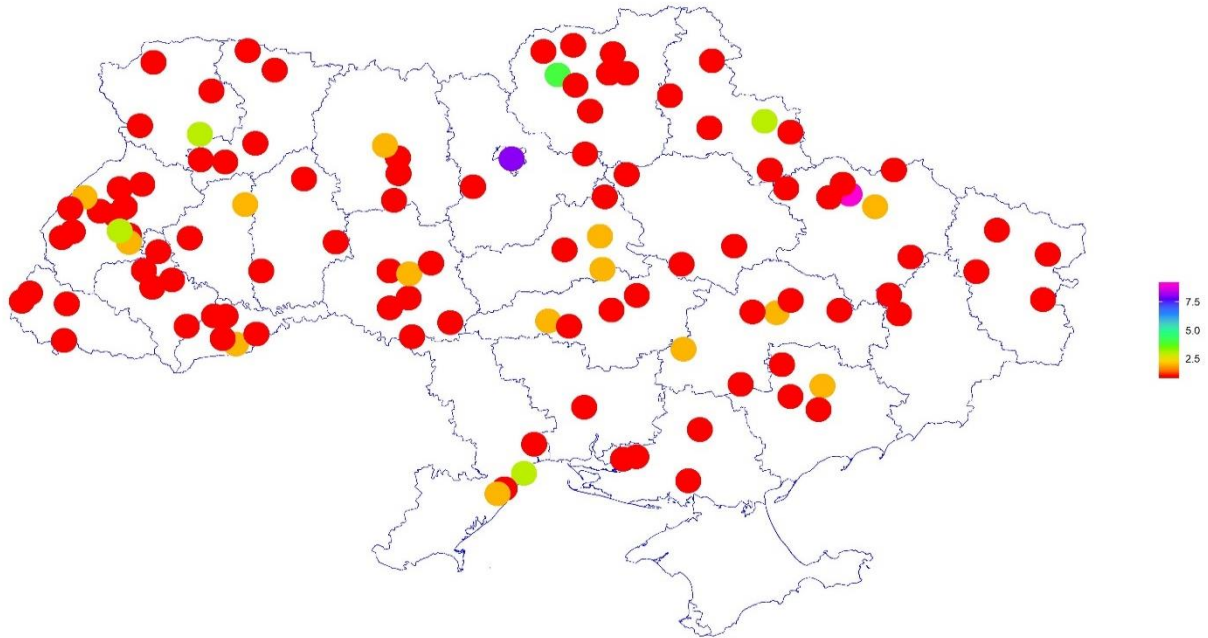
Переважно позитивний досвід пацієнтів, котрі користуються послугами ПМД, відповідає даним про традиційно високі оцінки роботи лікарів та закладів охорони здоров'я в Україні та корелює з висновками міжнародних досліджень про досить поширену неспроможність пацієнтів оцінити об'єктивно рівень наданих медичних послуг. Разом з тим, респонденти відзначають покращення в наданні послуг ПМД, зокрема зменшення часу очікування в черзі, розуміння переліку гарантованих послуг, позитивне ставлення лікарів. Оцінка показників якості та результативності лікувального процесу потребує довшого періоду спостережень для проведення аналізу змін від впровадження капітації (тобто повторного дослідження). Неоднозначність у відповідях лікарів щодо кількості профілактичних оглядів, котрі мають виконувати згідно з затвердженими нормативами, говорить про необхідність інтенсифікувати освітню роботу в цьому напрямі. Аналіз фінансової звітності закладів вказує на переважне збільшення бюджетів закладів охорони здоров'я та фонду оплати праці персоналу; наступним кроком має стати запровадження управління закладом з урахуванням ефективності використання ресурсів та покращення результатів лікування та показників здоров'я населення загалом.

ДОДАТКИ

6. ДОДАТКИ

Додаток 1. Карта «Розподіл закладів дослідження»

А. Кількість закладів ПМД, які були включені у вибірку

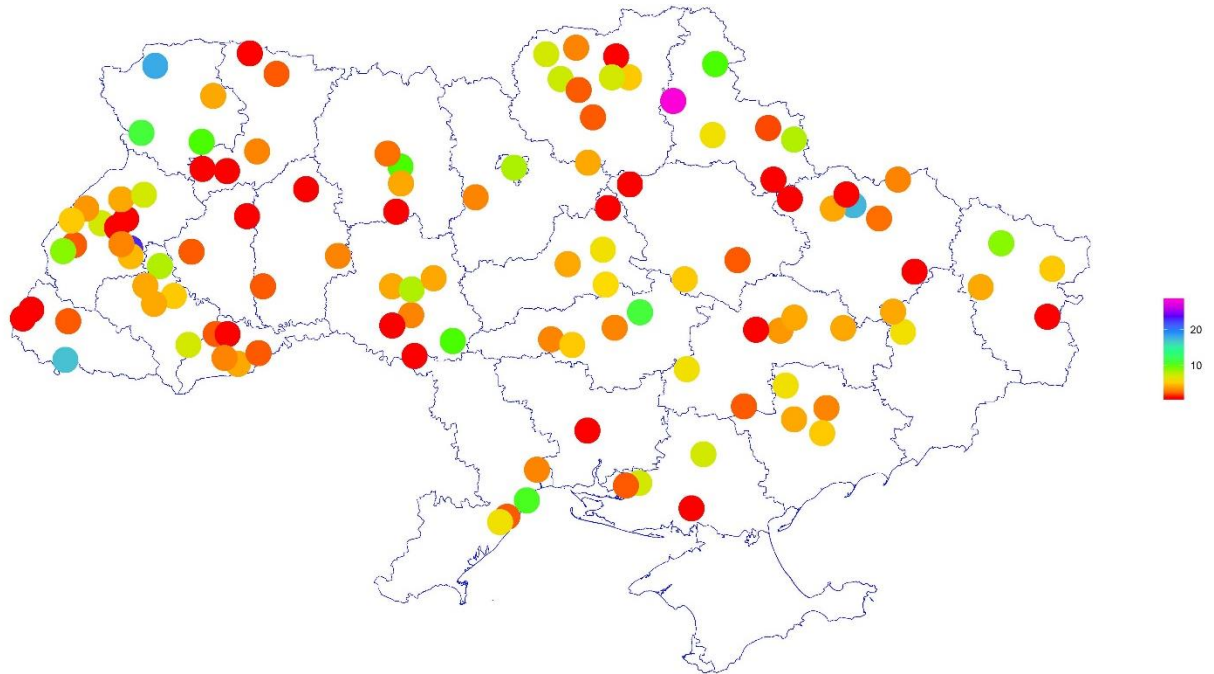


Б. Кількість закладів ПМД, які були включені у вибірку з розподілом за областями



Додаток 2. Карта «Кількість лікарів присутніх на робочому місці в день проведення дослідження»

А. Кількість лікарів, які працювали на одній зміні під час здійснення опитування у закладі ПМД

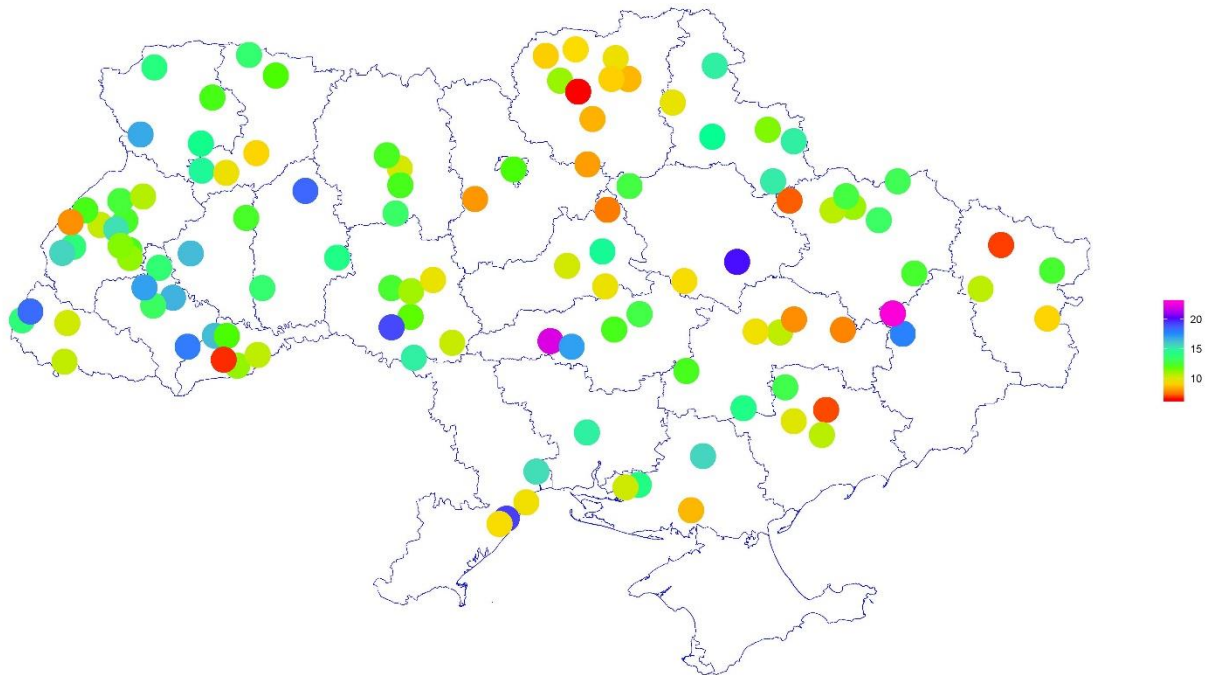


Б. Кількість лікарів, які працювали на одній зміні під час здійснення опитування у закладі ПМД з розподілом за областями

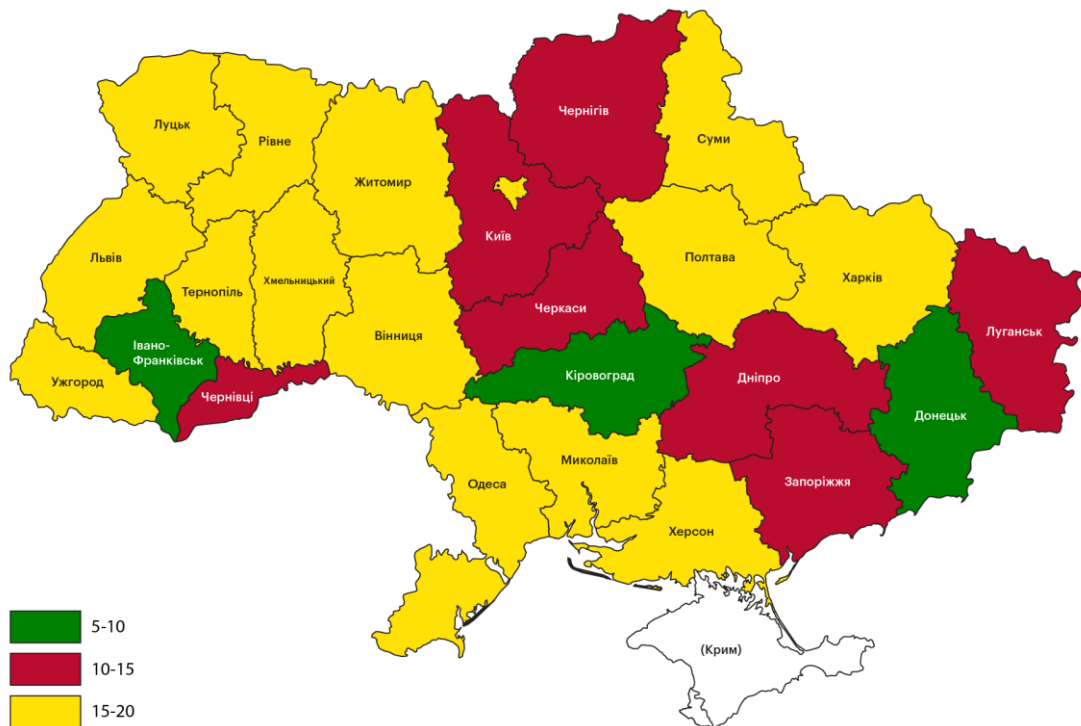


Додаток 3. Карта «Середня тривалість одного візиту до лікаря ПМД»

А. Середня тривалість одного візиту до лікаря, хвилин

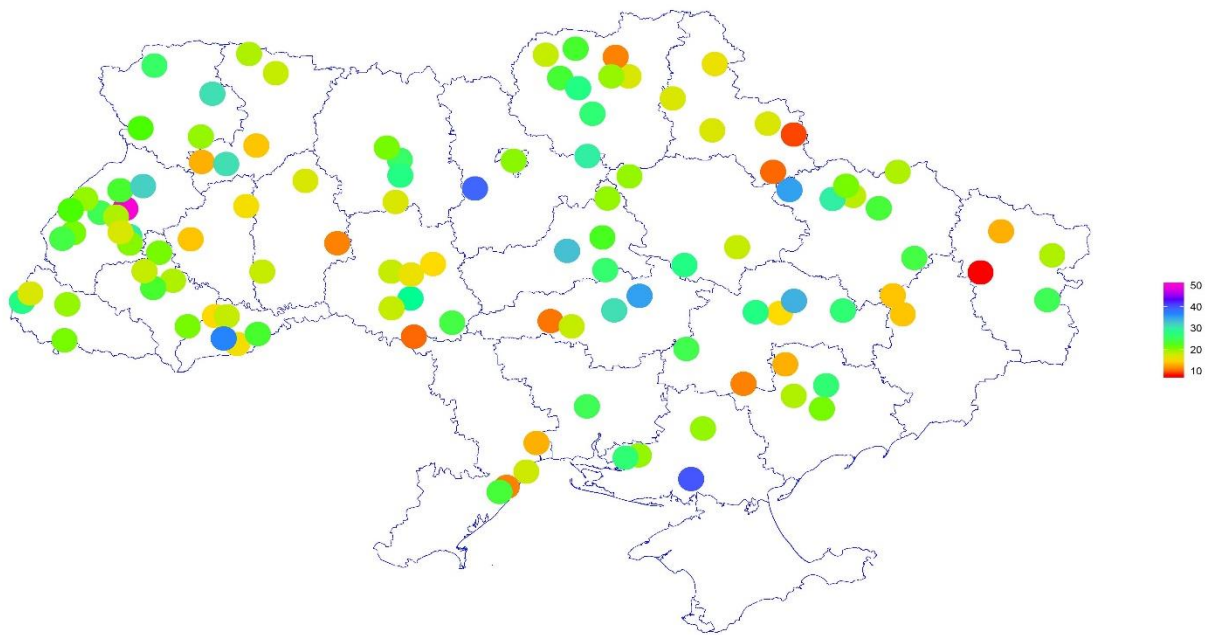


Б. Середня тривалість одного візиту до лікаря з розподілом за областями, хвилин

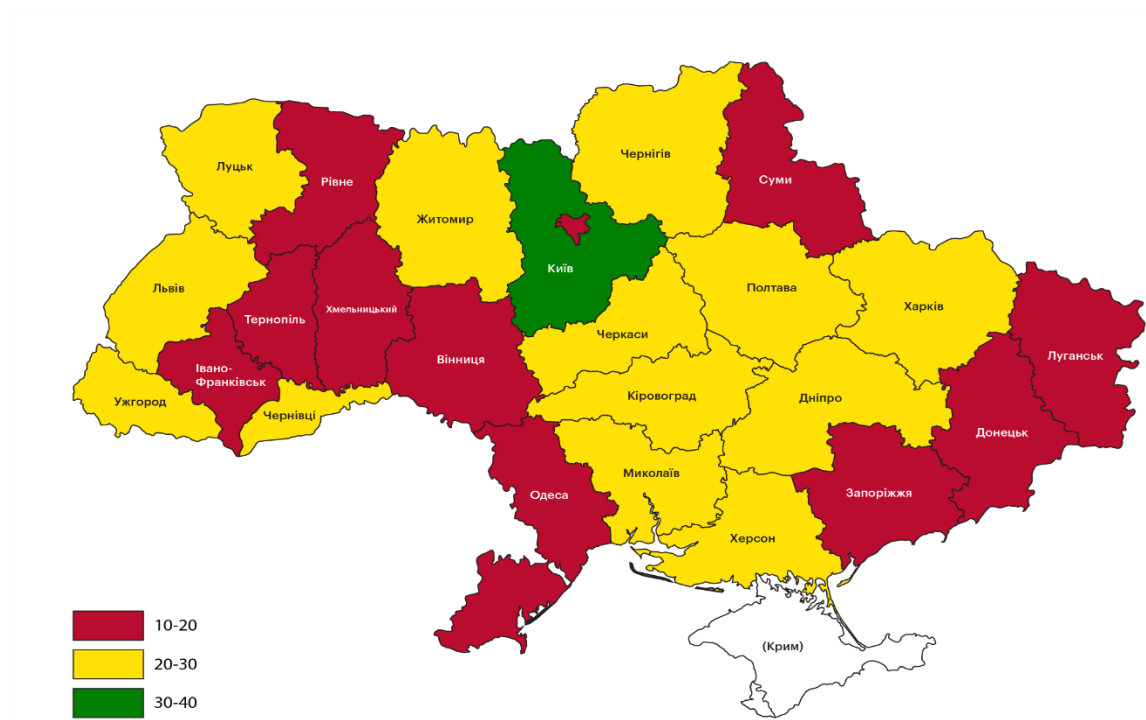


Додаток 4. Карта «Середня кількість візитів на 1 лікаря за день»

А. Середня кількість візитів до лікаря за один день

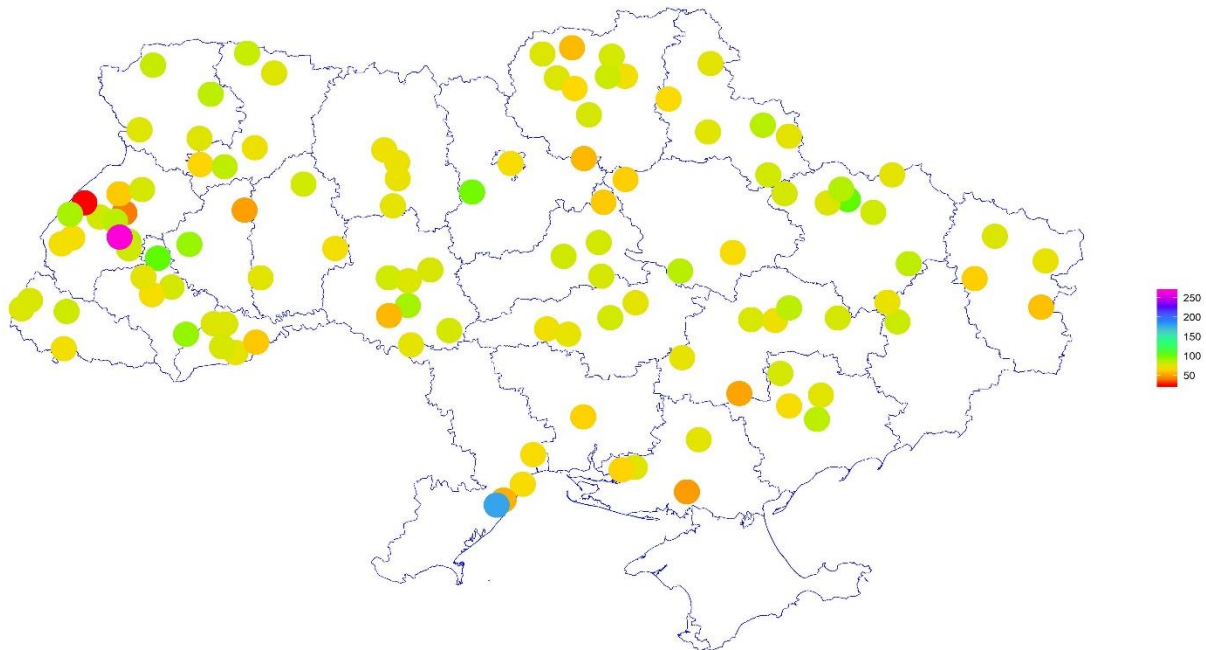


Б. Середня кількість візитів до лікаря за один день з розподілом за областями

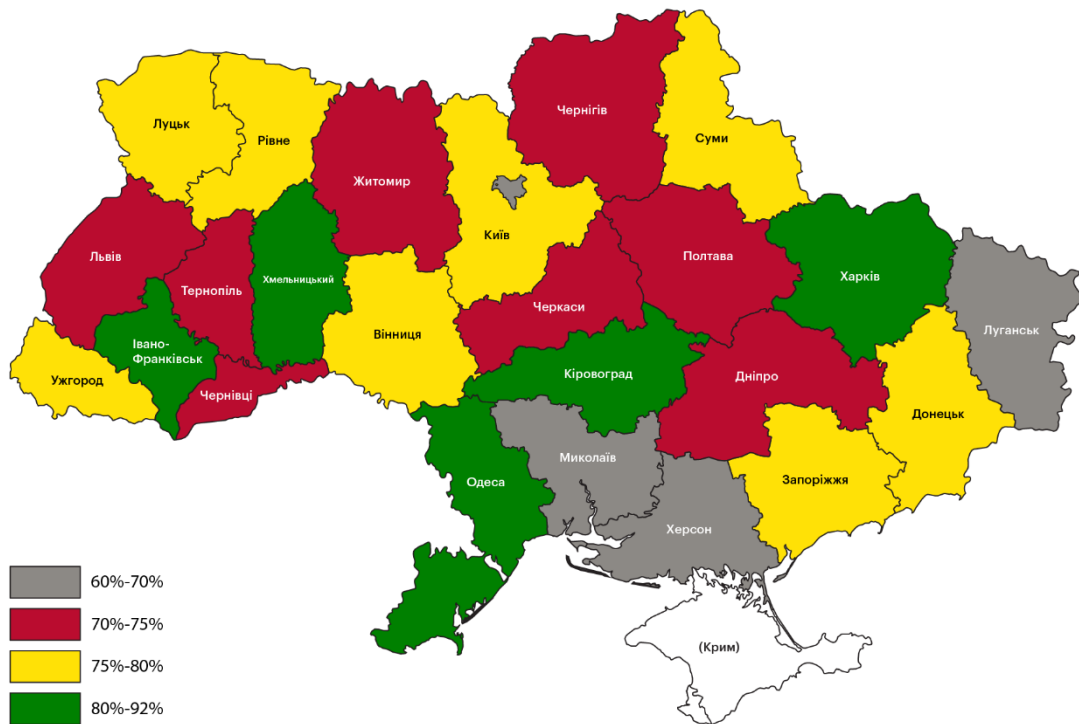


Додаток 5. Карта «Відсоток підписаних декларацій»

А. Відсоток підписаних декларацій відносно кількості приписаного населення



Б. Відсоток підписаних декларацій відносно кількості приписаного населення



Додаток 6. Лінійні ймовірнісні моделі визначення характеристик пацієнтів, які впливають на оцінку змін у діяльності ПМД після 1 січня 2019 року

Описова статистика для вибірки пацієнтів (2 108 осіб)

Характеристики	Середнє	Станд. відх.	Мінімум	Максимум
АЗПСМ (віддалена)	0,203	0,402	0	1
АЗПСМ (монопрактика)	0,520	0,500	0	1
Лікарня	0,056	0,230	0	1
Місто (крім обласного центру)	0,251	0,434	0	1
Селище міського типу	0,250	0,433	0	1
Село	0,285	0,451	0	1
Вік	42,993	22,534	1	97
Представляє особу до 18 років	0,176	0,381	0	1
Жінка	0,673	0,469	0	1
Пацієнт з особливими потребами	0,562	0,496	0	1
Звертався до приватного мед. закладу (так = 1)	0,166	0,372	0	1
«Доступні ліки» – чудова ініціатива (підтримує)	0,302	0,459	0	1
Кількість візитів до ЦПМД	2,286	4,504	0	40
Візитів до амбулаторії заг. практики	3,774	6,471	0	65
Візитів до фельдшерсько-акушерського пункту	0,229	1,324	0	25
Візитів до поліклініки / діагност. центру	0,847	2,439	0	30
Візитів до лікарні	0,773	3,946	0	150
Візитів до приватного мед. закладу	0,369	1,218	0	16
Немає мед. допомоги в неробочі години	0,104	0,306	0	1
Немає невідкладної мед. допомоги	0,062	0,241	0	1
Була затримка від призначеного часу	0,120	0,325	0	1
Заклад працює невідповідно до годин	0,034	0,182	0	1
Лікар не надав контактну інформацію	0,091	0,287	0	1
Лікарі працюють невідповідно до годин	0,017	0,130	0	1
Пацієнт цікавиться думкою іншого лікаря	0,325	0,468	0	1
Не можна забронювати час візиту через Інтернет	0,260	0,439	0	1
Не можна забронювати час візиту телефоном	0,084	0,278	0	1
Візит, призначений не в день звернення	0,215	0,411	0	1
Прийшла(-ов) на візит у живу чергу	0,300	0,458	0	1
Подавав скаргу	0,021	0,145	0	1
Регулярний візит	0,193	0,395	0	1
Візит через гострі симптоми хвороби	0,340	0,474	0	1
Отримав направлення	0,392	0,488	0	1

Результати лінійної ймовірнісної моделі щодо оцінки пацієнтами стану медичного закладу

Характеристики	Інфраструктурний стан на 4 або 5 балів	Якість лікування на 4 або 5 балів	Якість сервісних послуг на 4 або 5 балів	Загальний рівень задоволеності лікарем на 4 або 5 балів	Мед. заклад має достатньо обладнання (4 або 5) балів	Мед. заклад має достатньо персоналу (4 або 5) балів
АЗПСМ	0,057	0,010	-0,008	0,002	-0,111	0,033
(відалена)	(0,066)	(0,025)	(0,038)	(0,014)	(0,072)	(0,052)
АЗПСМ	0,022	0,020	-0,000	0,015	-0,094*	0,015
(монопрактика)	(0,052)	(0,023)	(0,035)	(0,013)	(0,054)	(0,038)
Лікарня	-0,024	0,040	-0,109*	0,026	-0,021	0,039
	(0,081)	(0,046)	(0,061)	(0,023)	(0,111)	(0,074)
Місто (крім обласного центру)	0,136**	0,004	0,039	0,048**	-0,076	-0,027
	(0,060)	(0,029)	(0,041)	(0,022)	(0,057)	(0,034)
Селище міського типу	0,055	0,048*	0,064	0,068***	-0,138**	-0,046
	(0,071)	(0,027)	(0,042)	(0,022)	(0,068)	(0,047)
Село	0,083	0,054**	0,113***	0,049**	-0,112*	-0,070
	(0,062)	(0,027)	(0,037)	(0,023)	(0,067)	(0,048)
Вік	0,002**	-0,000	0,000	0,000	0,000	0,000
	(0,001)	(0,000)	(0,001)	(0,000)	(0,001)	(0,001)
Представляє особу до 18 років	0,063	0,002	0,004	-0,010	0,004	-0,006
	(0,051)	(0,030)	(0,038)	(0,024)	(0,051)	(0,038)
Жінка	0,037*	0,018	0,048***	0,009	0,023	-0,038**
	(0,020)	(0,012)	(0,018)	(0,09)	(0,024)	(0,017)
Пацієнт з особливими потребами	0,020	0,003	0,001	0,006	-0,058*	-0,032
	(0,025)	(0,012)	(0,021)	(0,011)	(0,030)	(0,023)
Звертався до приватного мед. закладу (так = 1)	0,014	-0,014	-0,017	0,008	0,076	0,002
	(0,041)	(0,025)	(0,040)	(0,019)	(0,052)	(0,035)
«Доступні ліки» – чудова ініціатива (підтримує)	-0,001	0,010	-0,012	-0,025*	0,072**	0,029
	(0,029)	(0,018)	(0,021)	(0,013)	(0,032)	(0,017)
Кількість візитів до ЦПМД	0,006**	0,002	0,003	-0,001	0,006**	0,003*
	(0,003)	(0,001)	(0,002)	(0,001)	(0,003)	(0,002)
Візитів до амбулаторії заг. практики	0,001	0,001	0,001	0,000	0,002	0,000
	(0,002)	(0,001)	(0,001)	(0,001)	(0,002)	(0,002)
Візитів до фельдшерсько-акушерського пункту	-0,002	-0,002	-0,007	0,000	-0,004	-0,013
	(0,011)	(0,006)	(0,010)	(0,004)	(0,009)	(0,008)
Візитів до поліклініки / діагност. центру	-0,001	0,002	-0,000	0,004***	0,001	0,001
	(0,005)	(0,002)	(0,003)	(0,001)	(0,004)	(0,003)
Візитів до лікарні	0,003*	-0,000	0,001	-0,005***	-0,005*	0,002
	(0,002)	(0,002)	(0,002)	(0,001)	(0,002)	(0,001)
Візитів до приватного мед. закладу	-0,003	-0,015**	-0,005	-0,007	-0,060***	-0,012
	(0,011)	(0,007)	(0,013)	(0,007)	(0,013)	(0,009)
Немає мед. допомоги в неробочі години	-0,132***	-0,048*	-0,080**	-0,008	-0,109**	-0,038
	(0,042)	(0,026)	(0,032)	(0,020)	(0,054)	(0,036)
Немає невідкладної мед. допомоги	0,052	-0,093**	-0,098**	-0,087**	0,058	-0,080
	(0,048)	(0,038)	(0,046)	(0,035)	(0,065)	(0,052)
Була затримка від призначеного часу	0,003	-0,056**	-0,056*	-0,034*	0,076	0,014
	(0,035)	(0,025)	(0,031)	(0,019)	(0,049)	(0,032)
Заклад працює невідповідно до годин	-0,030	-0,050	0,035	0,030	0,031	0,066
	(0,071)	(0,046)	(0,058)	(0,028)	(0,055)	(0,043)
Лікар не надав контактну інформацію	-0,034	-0,051*	-0,099**	-0,034*	-0,005	-0,075**
	(0,038)	(0,028)	(0,040)	(0,020)	(0,055)	(0,036)
Лікарі працюють невідповідно до годин	-0,041	-0,135*	-0,104	-0,103*	0,011	-0,106
	(0,073)	(0,069)	(0,069)	(0,058)	(0,072)	(0,070)
Пацієнт цікавиться думкою іншого лікаря	-0,096***	-0,066***	-0,095***	-0,051***	-0,053	-0,051**
	(0,030)	(0,017)	(0,024)	(0,013)	(0,034)	(0,022)
Не можна забронювати	-0,081**	-0,040***	-0,034	-0,004	-0,113**	-0,093**

час візиту через Інтернет	(0,036)	(0,015)	(0,030)	(0,012)	(0,045)	(0,037)
Не можна забронювати	-0,027	-0,020	-0,038	-0,016	0,041	0,058
час візиту телефоном	(0,048)	(0,034)	(0,043)	(0,025)	(0,067)	(0,053)
Візит, призначений не в день звернення	-0,033	-0,016	-0,022	0,005	0,006	-0,034
Прийшла(-ов) на візит у живу чергу	(0,031)	(0,020)	(0,022)	(0,013)	(0,031)	(0,023)
Подавав скаргу	-0,045	-0,015	-0,042*	-0,019*	-0,059	-0,074**
Регулярний візит	(0,036)	(0,015)	(0,024)	(0,011)	(0,039)	(0,036)
Візит через гострі симптоми хвороби	-0,104	-0,022	-0,109*	0,055**	-0,135*	-0,026
Отримав направлення	(0,067)	(0,054)	(0,061)	(0,024)	(0,074)	(0,064)
Константа	0,020	0,012	0,027	-0,009	0,083***	0,011
	(0,028)	(0,017)	(0,024)	(0,013)	(0,030)	(0,022)
	-0,000	0,007	-0,012	-0,012	-0,018	-0,024
	(0,027)	(0,014)	(0,020)	(0,011)	(0,026)	(0,021)
	-0,036	-0,013	-0,024	-0,011	0,055*	0,012
	(0,027)	(0,014)	(0,022)	(0,010)	(0,030)	(0,028)
Кількість спостережень	0,623***	0,936***	0,854***	0,939***	0,799***	0,975***
Відкор. R-квадрат	(0,084)	(0,041)	(0,055)	(0,031)	(0,077)	(0,061)
	2 016	1 967	1 899	2 023	1 777	1 870
	0,040	0,055	0,066	0,054	0,076	0,044

Примітки: залежна змінна дорівнює 1, якщо пацієнт обрав 4 або 5 за шкалою від 1 до 5, та 0 – в інших випадках. Пацієнтів, які вибрали «Не можу оцінити», виключено. Всі моделі оцінено з надійними стандартними помилками, кластеризованими на рівні закладу. Стандартні помилки представлено в дужках під відповідними коефіцієнтами. Статистична значущість коефіцієнтів: *** = $p < 0,01$, ** = $p < 0,05$, * = $p < 0,1$.

Результати лінійної ймовірнісної моделі щодо оцінки пацієнтами погіршення стану медичного закладу після 1 січня 2019 року

Характеристики	Якість надання медичної допомоги погіршилась	Якість обслуговування погіршилась	Стан інфраструктури погіршився	Зручність отримання послуг погіршилась	Необхідність неформальних доплат/внесків погіршилась	Фізична доступність (відстань <7 км) погіршилась
АЗПСМ (віддалена)	0,013 (0,015)	0,010 (0,009)	-0,003 (0,027)	-0,006 (0,018)	-0,150*** (0,054)	0,005 (0,013)
АЗПСМ (монопрактика)	0,019 (0,016)	0,006 (0,010)	0,014 (0,018)	0,004 (0,023)	-0,143*** (0,053)	0,005 (0,012)
Лікарня	0,032 (0,035)	0,008 (0,021)	-0,010 (0,016)	-0,030 (0,020)	-0,091 (0,069)	-0,002 (0,014)
Місто (крім обласного центру)	0,017 (0,025)	0,014 (0,016)	-0,001 (0,017)	0,024 (0,030)	-0,030 (0,040)	0,014 (0,016)
Селище міського типу	0,007 (0,017)	-0,002 (0,009)	-0,006 (0,018)	-0,011 (0,021)	-0,022 (0,040)	-0,009 (0,013)
Село	-0,009 (0,016)	-0,005 (0,009)	0,022 (0,032)	-0,010 (0,018)	0,028 (0,041)	0,010 (0,014)
Вік	0,001** (0,000)	0,000* (0,000)	0,000 (0,000)	0,000 (0,000)	-0,000 (0,001)	-0,000 (0,000)
Представляє особу до 18 років	0,020 (0,015)	0,005 (0,010)	0,003 (0,016)	0,023 (0,017)	-0,008 (0,035)	-0,016 (0,015)
Жінка	-0,007 (0,008)	0,002 (0,005)	0,007 (0,012)	-0,002 (0,010)	-0,022* (0,013)	0,013* (0,007)
Пацієнт з особливими потребами	-0,007 (0,009)	0,002 (0,004)	-0,019* (0,011)	0,023** (0,011)	0,049** (0,021)	0,014* (0,009)
Звертався до приватного мед. закладу (так = 1)	0,002 (0,014)	-0,021*** (0,007)	-0,023* (0,013)	-0,019 (0,018)	-0,014 (0,024)	0,038* (0,022)
«Доступні ліки» – чудова ініціатива (підтримує)	-0,006 (0,010)	-0,008** (0,004)	-0,011 (0,010)	-0,020* (0,012)	0,014 (0,024)	0,000 (0,011)

Кількість візитів до ЦПМД	-0,000 (0,001)	-0,001 (0,000)	0,001 (0,001)	0,000 (0,001)	0,003 (0,002)	-0,000 (0,001)
Візитів до амбулаторії заг. практики	0,001 (0,001)	-0,000 (0,000)	-0,000 (0,001)	-0,000 (0,001)	-0,002 (0,002)	-0,001 (0,001)
Візитів до фельдшерсько-акушерського пункту	-0,002* (0,001)	0,001 (0,003)	-0,001 (0,001)	-0,002 (0,002)	0,001 (0,004)	0,003 (0,004)
Візитів до поліклініки / діагност. центру	-0,001 (0,001)	0,000 (0,001)	0,000 (0,002)	-0,001 (0,001)	0,001 (0,003)	0,002 (0,002)
Візитів до лікарні	0,001 (0,001)	0,001 (0,001)	0,001 (0,001)	-0,000 (0,001)	-0,002 (0,001)	0,000 (0,001)
Візитів до приватного мед. закладу	0,003 (0,005)	0,004 (0,004)	0,002 (0,002)	0,005 (0,006)	0,004 (0,009)	-0,007* (0,004)
Немає мед. допомоги в неробочі години	-0,010 (0,012)	-0,005 (0,007)	0,009 (0,017)	-0,013 (0,015)	0,103*** (0,036)	0,003 (0,013)
Немає невідкладної мед. допомоги	0,055 (0,034)	0,029 (0,028)	-0,015 (0,015)	0,026 (0,026)	-0,055** (0,023)	-0,002 (0,014)
Була затримка від призначеного часу	0,017 (0,013)	0,025* (0,014)	-0,005 (0,018)	0,028 (0,022)	0,029 (0,030)	0,029** (0,014)
Заклад працює невідповідно до годин	-0,016 (0,020)	-0,025** (0,010)	-0,011 (0,020)	-0,034 (0,024)	0,050 (0,050)	-0,003 (0,020)
Лікар не надав контактну інформацію	0,007 (0,017)	0,016 (0,013)	0,002 (0,016)	0,016 (0,021)	0,019 (0,028)	0,000 (0,013)
Лікарі працюють невідповідно до годин	0,005 (0,032)	0,018 (0,030)	-0,039*** (0,012)	-0,012 (0,034)	0,013 (0,067)	0,001 (0,033)
Пацієнт цікавиться думкою іншого лікаря	0,008 (0,008)	0,008 (0,006)	0,022* (0,012)	0,030*** (0,011)	0,027 (0,018)	-0,001 (0,009)
Не можна забронювати час візиту через Інтернет	0,001 (0,009)	0,000 (0,006)	0,025 (0,023)	-0,021* (0,011)	0,057** (0,028)	0,003 (0,011)
Не можна забронювати час візиту телефоном	-0,013 (0,009)	0,001 (0,008)	0,028 (0,026)	0,047** (0,021)	-0,081** (0,040)	0,011 (0,018)
Візит, призначений не в день звернення	-0,003 (0,009)	-0,007 (0,006)	-0,015 (0,014)	0,012 (0,014)	0,075*** (0,024)	-0,002 (0,010)
Прийшла(-ов) на візит у живу чергу	0,001 (0,009)	-0,011* (0,006)	-0,012 (0,021)	0,000 (0,010)	0,099*** (0,032)	0,006 (0,010)
Подавав скаргу	0,048 (0,039)	-0,018** (0,007)	-0,005 (0,022)	-0,023 (0,028)	-0,015 (0,054)	-0,000 (0,022)
Регулярний візит	-0,011 (0,008)	-0,006 (0,004)	-0,024 (0,015)	-0,017 (0,012)	-0,002 (0,022)	0,002 (0,008)
Візит через гострі симптоми хвороби	-0,010 (0,007)	0,002 (0,005)	-0,021 (0,014)	-0,020** (0,009)	0,020 (0,018)	0,013 (0,010)
Отримав направлення	0,011* (0,006)	0,002 (0,005)	0,021 (0,013)	0,007 (0,008)	0,061** (0,025)	-0,002 (0,008)
Константа	-0,023 (0,021)	-0,007 (0,011)	0,017 (0,027)	0,010 (0,028)	0,072 (0,057)	-0,004 (0,023)
Кількість спостережень	1 945	1 970	1 974	1 982	1 632	1 988
Відкор. R-квадрат	0,012	0,015	0,016	0,019	0,098	0,07

Примітки: залежна змінна дорівнює 1, якщо пацієнт вибрав -3,-2 або -1 за шкалою від -3 до +3, де 0 означає, що змін не відбулось, та 0 – в інших випадках. Пацієнтів, які вибрали «Не можу оцінити», виключено. Всі моделі оцінено з надійними стандартними помилками, кластеризованими на рівні закладу. Стандартні помилки представлено в дужках під відповідними коефіцієнтами. Статистична значущість коефіцієнтів: *** = $p < 0,01$, ** = $p < 0,05$, * = $p < 0,1$.

Додаток 7. Кількість закладів ПМД та опитаних пацієнтів, які потрапили до вибірки дослідження, з розподілом за областями

№	Область	Кількість закладів ПМД у вибірці дослідження	Кількість опитаних пацієнтів
1	Вінницька	9	117
2.	Волинська	6	63
3.	Дніпропетровська	8	104
4.	Донецька	2	25
5.	Житомирська	6	78
6.	Закарпатська	4	52
7.	Запорізька	6	98
8.	Івано-Франківська	7	92
9.	м. Київ	7	92
10.	Київська	4	56
11.	Кіровоградська	5	65
12.	Луганська	4	52
13.	Львівська	15	180
14.	Миколаївська	4	52
15.	Одеська	7	91
16.	Полтавська	3	34
17.	Рівненська	5	65
18.	Сумська	8	104
19.	Тернопільська	3	39
20.	Харківська	16	209
21.	Херсонська	4	52
22.	Хмельницька	3	39
23.	Черкаська	10	127
24.	Чернівецька	5	65
25.	Чернігівська	12	157
	Разом	163	2 108

Додаток 8. Повний перелік закладів ПМД, які потрапили до вибірки дослідження

№	Область	Назва
1.	Запорізька	Комунальне некомерційне підприємство «Центр первинної медико-санітарної допомоги» Преображенської сільської ради Орхівського району Запорізької області
2.	Запорізька	Комунальне некомерційне підприємство «Центр первинної медико-санітарної допомоги № 4»
3.	Запорізька	Комунальне некомерційне підприємство «Центр первинної медико-санітарної допомоги» Комишуваської селищної ради Орхівського району Запорізької області
4.	Запорізька	Комунальне некомерційне підприємство «Токмацький центр первинної медико-санітарної допомоги» Токмацької міської ради
5.	Запорізька	Комунальне некомерційне підприємство «Осипенківський центр первинної медико-санітарної допомоги» Осипенківської сільської ради Бердянського району Запорізької області
6.	Дніпропетровська	Комунальне некомерційне підприємство «Центр первинної медико-санітарної допомоги № 5» Криворізької міської ради
7.	Дніпропетровська	Комунальне некомерційне підприємство «Центр первинної медико-санітарної допомоги № 1» Криворізької міської ради
8.	Дніпропетровська	Комунальне некомерційне підприємство «Дніпровський центр первинної медико-санітарної допомоги № 3» Дніпровської міської ради
9.	Дніпропетровська	Комунальне некомерційне підприємство Кам'янської міської ради «Центр первинної медико-санітарної допомоги № 2»
10.	Дніпропетровська	Комунальне некомерційне підприємство «Новомосковський міський центр первинної медико-санітарної допомоги»
11.	Дніпропетровська	Комунальне некомерційне підприємство «Нікопольський районний центр первинної медико-санітарної допомоги»
12.	Дніпропетровська	Комунальне некомерційне підприємство «Центр первинної медико-санітарної допомоги м.Тернівки» Тернівської міської ради
13.	Дніпропетровська	Комунальне некомерційне підприємство «Дніпровський центр первинної медико-санітарної допомоги № 5» Дніпровської міської ради
14.	Львівська	Комунальне некомерційне підприємство «Амбулаторія загальної практики – сімейної медицини Великолюбінської селищної ради»
15.	Львівська	Комунальне некомерційне підприємство «Десята міська лікарня м. Львова»
16.	Львівська	Комунальне некомерційне підприємство «Радехівська центральна районна лікарня» Радехівської Районної ради
17.	Львівська	Комунальне некомерційне підприємство «Дублянська амбулаторія загальної практики – сімейної медицини» Дублянської селищної ради Самбірського району Львівської області

18.	Львівська	Комунальне некомерційне підприємство «Новороздільська міська лікарня» Новороздільської міської ради
19.	Львівська	Комунальне некомерційне підприємство Старосамбірської районної ради «Старосамбірський центр первинної медичної допомоги»
20.	Львівська	Комунальне некомерційне підприємство «Магерівська міська лікарня Магерівської селищної ради Жовківського району Львівської області»
21.	Львівська	Комунальне некомерційне підприємство Пустомитівської районної ради «Пустомитівська центральна районна лікарня»
22.	Львівська	Комунальне некомерційне підприємство Яворівської районної ради Львівської області «Новояворівська районна лікарня імені Юрія Липи»
23.	Львівська	Комунальне некомерційне підприємство Яворівської районної ради Львівської області «Івано-Франківська районна лікарня»
24.	Львівська	Комунальне некомерційне підприємство «Центр первинної медико-санітарної допомоги Розвадівської сільської ради Миколаївського району Львівської області»
25.	Львівська	Комунальне некомерційне підприємство «Жидачівська центральна районна лікарня» Жидачівської районної ради Львівської області
26.	Львівська	Комунальне некомерційне підприємство «Новострілищанська амбулаторія загальної практики – сімейної медицини» Новострілищанської селищної ради Львівської області
27.	Львівська	Комунальне некомерційне підприємство «Судовошишнянський центр первинної медико-санітарної допомоги» Судовошишнянської міської ради Львівської області
28.	Львівська	Комунальне некомерційне підприємство «Новояричівська районна лікарня»
29.	Тернопільська	Комунальне некомерційне підприємство «Борсуківська амбулаторія загальної практики – сімейної медицини» Борсуківської сільської ради Лановецького району Тернопільської області
30.	Тернопільська	Комунальне некомерційне підприємство «Лановецький районний центр первинної медико-санітарної допомоги»
31.	Тернопільська	Комунальне некомерційне підприємство «Козлівська районна лікарня» Козлівської селищної ради
32.	Рівненська	Комунальне некомерційне підприємство «Центр первинної медико-санітарної допомоги» Боремельської сільської ради Рівненської області
33.	Рівненська	Комунальне некомерційне підприємство «Локницький центр первинної медико-санітарної допомоги» Локницької сільської ради
34.	Рівненська	Комунальне підприємство «Рівненський районний центр первинної медико-санітарної допомоги» Рівненської районної ради
35.	Рівненська	Комунальне підприємство «Мирогощанський центр первинної медико-санітарної допомоги» Мирогощанської сільської ради Дубенського району Рівненської області
36.	Рівненська	Комунальне некомерційне підприємство «Миляцький центр первинної медико-санітарної допомоги» Миляцької сільської ради Дубровицького району Рівненської області
37.	Волинська	Комунальне підприємство «Луцький центр первинної медичної допомоги»

38.	Волинська	Комунальне підприємство «Володимир-Волинський центр первинної медичної допомоги»
39.	Волинська	Комунальне підприємство «Ратнівський центр первинної медичної допомоги» Ратнівської районної ради Волинської області
40.	Волинська	Комунальне підприємство «Луцький центр первинної медичної допомоги № 3»
41.	Волинська	Комунальне некомерційне підприємство «Центр первинної медико-санітарної допомоги Прилісненської сільської ради»
42.	Волинська	Комунальне підприємство «Луцька міська дитяча поліклініка»
43.	Закарпатська	Комунальне некомерційне підприємство «Центр первинної медико-санітарної допомоги Полянської сільської ради Свалявського району Закарпатської області»
44.	Закарпатська	Комунальне некомерційне підприємство Баранинської сільської ради «Центр первинної медико-санітарної допомоги»
45.	Закарпатська	Комунальне некомерційне підприємство «Перечинський районний центр первинної медико-санітарної допомоги» Перечинської районної ради Закарпатської області
46.	Закарпатська	Комунальне некомерційне підприємство «Виноградівський центр первинної медико-санітарної допомоги» Виноградівської районної ради Закарпатської області
47.	Івано-Франківська	Комунальне некомерційне підприємство «Районний центр первинної медико-санітарної допомоги» Тлумацької районної ради Тлумацького району Івано-Франківської області
48.	Івано-Франківська	Комунальне некомерційне підприємство «Яблунівська районна лікарня» Яблунівської селищної ради об'єднаної територіальної громади
49.	Івано-Франківська	Комунальне некомерційне підприємство «Бурштинський міський центр первинної медико-санітарної допомоги» Бурштинської міської ради Івано-Франківської області
50.	Івано-Франківська	Комунальне некомерційне підприємство «Центр первинної медико-санітарної допомоги» Ямницької сільської ради об'єднаної територіальної громади
51.	Івано-Франківська	Комунальне некомерційне підприємство «Старобогородчанська некомерційна амбулаторія групової практики» Старобогородчанської сільської ради об'єднаної територіальної громади
52.	Івано-Франківська	Комунальне некомерційне підприємство «Войнилівський центр первинної медико-санітарної допомоги Войнилівської селищної ради об'єднаної територіальної громади Калуського району Івано-Франківської області»
53.	Івано-Франківська	Комунальне некомерційне підприємство Заболотівської селищної ради об'єднаної територіальної громади «Заболотівська районна лікарня»
54.	Чернівецька	Комунальне некомерційне підприємство «Волоцька сільська амбулаторія загальної практики – сімейної медицини» Волоківської сільської ради Глибоцького району Чернівецької області
55.	Чернівецька	Комунальне некомерційне підприємство «Центр первинної медико-санітарної допомоги Глибоцької селищної об'єднаної територіальної громади»

56.	Чернівецька	Комунальне підприємство «Кіцманський некомерційний центр первинної медико-санітарної допомоги» Кіцманської районної ради
57.	Чернівецька	Комунальне некомерційне підприємство «Амбулаторія загальної практики – сімейної медицини села Мамалига» Мамалигівської сільської ради Новоселицького району Чернівецької області
58.	Чернівецька	Комунальне некомерційне підприємство «Сторожинецький районний центр первинної медико-санітарної допомоги» Сторожинецької районної ради Чернівецької області
59.	Хмельницька	Комунальне некомерційне підприємство «Чемеровецький центр первинної медико-санітарної допомоги» Чемеровецької районної ради
60.	Хмельницька	Комунальне підприємство «Комунальне некомерційне підприємство Шепетівський центр первинної медико-санітарної допомоги» Шепетівської районної ради Хмельницької області
61.	Хмельницька	Комунальне некомерційне підприємство «Центр первинної медико-санітарної допомоги Меджибізької селищної об'єднаної територіальної громади»
62.	Вінницька	Комунальне некомерційне підприємство «Шпиківський центр первинної медико-санітарної допомоги» Шпиківської селищної ради
63.	Вінницька	Комунальне некомерційне підприємство «Тиврівський районний центр первинної медико-санітарної допомоги»
64.	Вінницька	Комунальне підприємство «Томашпільський районний медичний центр первинної медико-санітарної допомоги»
65.	Вінницька	Комунальне підприємство «Козятинський районний медичний центр первинної медико-санітарної допомоги Козятинської районної ради»
66.	Вінницька	Комунальне підприємство «Піщанський районний центр первинної медико-санітарної допомоги» Піщанської районної ради
67.	Вінницька	Комунальне некомерційне підприємство «Бершадський центр первинної медико-санітарної допомоги»
68.	Вінницька	Комунальне некомерційне підприємство «Центр первинної медико-санітарної допомоги Немирівської районної ради Вінницької області»
69.	Вінницька	Комунальне підприємство «Дашівська амбулаторія загальної практики – сімейної медицини» Дашівської селищної ради
70.	Вінницька	Комунальне підприємство «Немирівський міський центр первинної медико-санітарної допомоги» Немирівської міської ради
71.	Донецька	Комунальне некомерційне підприємство «Добропільський центр первинної медико-санітарної допомоги» Добропільської міської ради
72.	Донецька	Комунальне підприємство «Олександрівський районний центр первинної медико-санітарної допомоги Олександрівської районної ради Донецької області»
73.	Миколаївська	Комунальне підприємство «Вітовський районний медичний центр первинної медико-санітарної допомоги» Вітовської районної ради
74.	Миколаївська	Комунальне некомерційне підприємство Миколаївської міської ради «Центр первинної медико-санітарної допомоги № 3»
75.	Миколаївська	Комунальне некомерційне підприємство «Новоодеський районний центр первинної медико-санітарної допомоги» Новоодеської районної ради

76.	Миколаївська	Комунальне некомерційне підприємство «Миколаївський районний центр первинної медико-санітарної допомоги Миколаївської районної ради»
77.	Луганська	Комунальне некомерційне підприємство «Центр первинної медико-санітарної допомоги Станично-Луганської районної ради»
78.	Луганська	Комунальне некомерційне підприємство «Центр первинної медико-санітарної допомоги» Рубіжанської міської ради Луганської області
79.	Луганська	Комунальне некомерційне підприємство «Центр первинної медико-санітарної допомоги» Біловодської селищної ради Біловодського району Луганської області
80.	Луганська	Комунальне некомерційне підприємство «Білокуракинський районний центр первинної медико-санітарної допомоги»
81.	Одеська	Комунальне некомерційне підприємство «Центр первинної медико-санітарної допомоги № 16» Одеської міської ради
82.	Одеська	Комунальне некомерційне підприємство «Овідіопольський центр первинної медико-санітарної допомоги»
83.	Одеська	Комунальне некомерційне підприємство «Білгород-Дністровський центр первинної медико-санітарної допомоги» Білгород-Дністровської міської ради
84.	Одеська	Комунальне некомерційне підприємство «Центр первинної медико-санітарної допомоги Білгород-Дністровської районної ради»
85.	Одеська	Комунальне некомерційне підприємство «Дитяча міська поліклініка № 1» Одеської міської ради
86.	Одеська	Комунальне некомерційне підприємство «Дитяча міська поліклініка № 6» Одеської міської ради
87.	Одеська	Комунальне некомерційне підприємство «Центр первинної медико-санітарної допомоги» Лиманської районної ради Одеської області
88.	Харківська	Комунальне некомерційне підприємство «Міська лікарня № 3» Харківської міської ради
89.	Харківська	Комунальне некомерційне підприємство «Міська поліклініка № 10» Харківської міської ради
90.	Харківська	Комунальне некомерційне підприємство «Міська поліклініка № 6» Харківської міської ради
91.	Харківська	Комунальне підприємство «Чугуївський районний центр первинної медико-санітарної допомоги» Чугуївської районної ради Харківської області
92.	Харківська	Комунальне некомерційне підприємство «Міська поліклініка № 17» Харківської міської ради
93.	Харківська	Комунальне некомерційне підприємство «Міська поліклініка № 18» Харківської міської ради
94.	Харківська	Комунальне некомерційне підприємство «Міська дитяча поліклініка № 4» Харківської міської ради
95.	Харківська	Комунальне некомерційне підприємство «Центр первинної медико-санітарної допомоги» Люботинської міської ради Харківської області
96.	Харківська	Комунальне некомерційне підприємство «Центр первинної медико-санітарної допомоги Краснокутського району» Краснокутської районної ради

97.	Харківська	Комунальне підприємство «Центр первинної медико-санітарної допомоги Вовчанського району» Вовчанської районної ради Харківської області
98.	Харківська	Комунальне некомерційне підприємство «Центр первинної медико-санітарної допомоги Печенізького району» Печенізької районної ради Харківської області
99.	Харківська	Комунальне некомерційне підприємство «Центр первинної медико-санітарної допомоги Дергачівської районної ради»
100.	Харківська	Комунальне підприємство «Центр первинної медико-санітарної допомоги» Чкаловської селищної ради Чугуївського району Харківської області
101.	Харківська	Комунальне некомерційне підприємство «Оскільська амбулаторія первинної медико-санітарної допомоги» Оскільської сільської ради Ізюмського району Харківської області
102.	Харківська	Комунальне некомерційне підприємство «Міська поліклініка № 19» Харківської міської ради
103.	Харківська	Комунальне некомерційне підприємство «Міська студентська лікарня» Харківської міської ради
104.	Кіровоградська	Комунальне некомерційне підприємство «Помічянський центр первинної медико-санітарної допомоги» Помічянської міської ради
105.	Кіровоградська	Комунальне некомерційне підприємство «Центр первинної медико-санітарної допомоги» Новоукраїнської районної ради
106.	Кіровоградська	Комунальне некомерційне підприємство «Добровеличківський центр первинної медико-санітарної допомоги» Добровеличківської районної ради Кіровоградської області
107.	Кіровоградська	Комунальне некомерційне підприємство «Амбулаторія загальної практики – сімейної медицини» міської ради міста Кропивницького»
108.	Кіровоградська	Комунальне некомерційне підприємство «Знам'янський районний центр первинної медико-санітарної допомоги» Знам'янської районної ради
109.	Херсонська	Комунальне некомерційне підприємство «Херсонська міська клінічна лікарня імені Афанасія і Ольги Тропіних» Херсонської міської ради
110.	Херсонська	Комунальне некомерційне підприємство «Центр первинної медико-санітарної допомоги Білозерського району» Білозерської районної ради Херсонської області
111.	Херсонська	Комунальне некомерційне підприємство «Горностаївський районний центр первинної медико-санітарної допомоги»
112.	Херсонська	Комунальне некомерційне підприємство «Центр первинної медико-санітарної допомоги» Великокопанівської сільської ради
113.	Полтавська	Комунальне некомерційне підприємство «Новосанжарський центр первинної медико-санітарної допомоги Новосанжарської районної ради Полтавської області»
114.	Полтавська	Комунальне підприємство «Кременчуцький районний центр первинної медико-санітарної допомоги»
115.	Полтавська	Комунальне підприємство «Пирятинський центр первинної медико-санітарної допомоги» Пирятинської районної ради

116.	м. Київ	Комунальне некомерційне підприємство «Центр первинної медико-санітарної допомоги № 4» Дніпровського району м. Києва
117.	Київська	Комунальне некомерційне підприємство Броварської районної ради «Броварський районний центр первинної медико-санітарної допомоги»
118.	Київська	Комунальне некомерційне підприємство Фастівської міської ради «Фастівський міський центр первинної медичної (медико-санітарної) допомоги»
119.	Київська	Комунальне некомерційне підприємство «Центр первинної медико-санітарної допомоги Києво-Святошинської районної ради»
120.	Київська	Комунальне некомерційне підприємство «Згурівський центр первинної медико-санітарної допомоги» Згурівської районної ради
121.	м. Київ	Комунальне некомерційне підприємство «Центр первинної медико-санітарної допомоги № 3» Святошинського району м. Києва
122.	м. Київ	Комунальне некомерційне підприємство «Центр первинної медико-санітарної допомоги № 2» Деснянського району м. Києва
123.	м. Київ	Комунальне некомерційне підприємство «Центр первинної медико-санітарної допомоги «Русанівка» Дніпровського району м. Києва»
124.	м. Київ	Комунальне некомерційне підприємство «Центр первинної медико-санітарної допомоги № 1» Голосіївського району м. Києва
125.	м. Київ	Комунальне некомерційне підприємство «Центр первинної медико-санітарної допомоги № 4» Деснянського району м. Києва
126.	м. Київ	Комунальне некомерційне підприємство «Центр первинної медико-санітарної допомоги № 1» Деснянського району м. Києва
127.	Чернігівська	Комунальне некомерційне підприємство «Чернігівська міська лікарня № 4» Чернігівської міської ради
128.	Чернігівська	Комунальне некомерційне підприємство «Ніжинський центр первинної медико-санітарної допомоги» Ніжинської районної ради
129.	Чернігівська	Комунальне некомерційне підприємство «Сосницький районний центр первинної медико-санітарної допомоги ім. Б.Л. Смирнова» Сосницької районної ради
130.	Чернігівська	Комунальне некомерційне підприємство «Корюківський центр первинної медико-санітарної допомоги» Корюківської районної ради
131.	Чернігівська	Комунальне некомерційне підприємство «Ріпкинський районний центр первинної медико-санітарної допомоги» Ріпкинської районної ради Чернігівської області
132.	Чернігівська	Комунальне некомерційне підприємство «Менський центр первинної медико-санітарної допомоги» Менської районної ради
133.	Чернігівська	Комунальне некомерційне підприємство «Куликівський центр первинної медико-санітарної допомоги» Куликівської селищної ради
134.	Чернігівська	Комунальне некомерційне підприємство «Чернігівська міська лікарня № 1» Чернігівської міської ради
135.	Чернігівська	Комунальне некомерційне підприємство «Прилуцька міська дитяча лікарня» Прилуцької міської ради
136.	Чернігівська	Комунальне некомерційне підприємство «Городнянський центр первинної медико-санітарної допомоги» Городнянської районної ради

137.	Чернігівська	Комунальне некомерційне підприємство «Чернігівська міська лікарня № 3» Чернігівської міської ради
138.	Чернігівська	Комунальне некомерційне підприємство «Чернігівський районний центр первинної медико-санітарної допомоги» Чернігівської районної ради Чернігівської області Амбулаторія загальної практики – сімейної медицини Михайло-Коцюбинської ОТГ
139.	Житомирська	Комунальне некомерційне підприємство «Центр первинної медико-санітарної допомоги» Черняхівської районної ради Житомирської області
140.	Житомирська	Комунальне некомерційне підприємство «Центр первинної медико-санітарної допомоги» Семенівської сільської ради Бердичівського району Житомирської області
141.	Житомирська	Комунальне некомерційне підприємство «Центр первинної медико-санітарної допомоги» Новоборівської селищної ради
142.	Житомирська	Комунальне некомерційне підприємство «Хорошівський центр первинної медико-санітарної допомоги Хорошівської селищної ради»
143.	Житомирська	Комунальне некомерційне підприємство «Потіївська амбулаторія загальної практики – сімейної медицини» Потіївської сільської ради об'єднаної територіальної громади
144.	Житомирська	Комунальне некомерційне підприємство «Центр первинної медико-санітарної допомоги» Житомирської районної ради
145.	Сумська	Комунальне некомерційне підприємство Конотопської міської ради «Конотопська центральна районна лікарня ім. академіка Михайла Давидова»
146.	Сумська	Комунальне некомерційне підприємство «Центр первинної медико-санітарної допомоги» Глухівської міської ради
147.	Сумська	Комунальне некомерційне підприємство Степанівської селищної ради «Амбулаторія загальної практики – сімейної медицини смт Степанівка»
148.	Сумська	Комунальне некомерційне підприємство «Центр первинної медико-санітарної допомоги № 1» Сумської міської ради
149.	Сумська	Комунальне некомерційне підприємство «Чернечинський центр первинної медико-санітарної допомоги» Чернечинської сільської ради
150.	Сумська	Комунальне некомерційне підприємство «Краснопільський центр первинної медико-санітарної допомоги» Краснопільської селищної ради
151.	Сумська	Комунальне некомерційне підприємство «Недригайлівський районний центр первинної медико-санітарної допомоги»
152.	Сумська	Комунальне некомерційне підприємство «Центральна амбулаторія загальної практики – сімейної медицини» Верхньосироватської сільської ради Сумського району
153.	Черкаська	Комунальне некомерційне підприємство «Чорнобаївський центр первинної медико-санітарної допомоги» Чорнобаївської районної ради
154.	Черкаська	Комунальне некомерційне підприємство «Кам'янський районний центр первинної медико-санітарної допомоги» Кам'янської районної ради

155.	Черкаська	Комунальне некомерційне підприємство «Городищенський районний центр первинної медико-санітарної допомоги» Городищенської районної ради
156.	Черкаська	Комунальне некомерційне підприємство «Черкаський районний центр первинної медико-санітарної допомоги» Черкаської районної ради
157.	Черкаська	Комунальне некомерційне підприємство «Перший Черкаський міський центр первинної медико-санітарної допомоги»
158.	Черкаська	Комунальне некомерційне підприємство «Четвертий Черкаський міський центр первинної медико-санітарної допомоги»
159.	Черкаська	Комунальне некомерційне підприємство «Центр первинної медико-санітарної допомоги» Смілянської міської ради
160.	Черкаська	Комунальне некомерційне підприємство «Драбівський центр первинної медико-санітарної допомоги» Драбівської районної ради Черкаської області
161.	Черкаська	Комунальне некомерційне підприємство Зорівської сільської ради «Мехедівська амбулаторія загальної практики – сімейної медицини»
162.	Черкаська	Комунальне некомерційне підприємство «Центр первинної медико-санітарної допомоги Жашківського району»
163.	Запорізька	Комунальне некомерційне підприємство «Василівський центр первинної медико-санітарної допомоги» Василівської районної ради Запорізької області