

# 4.

## ДОСТУП НАСЕЛЕННЯ ДО МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ ПІД ЧАС ПАНДЕМІЇ COVID-19

**П**андемія *COVID-19* стала серйозною загрозою людському розвитку, яка «оголила» всі слабкі місця в усіх, без винятку, сферах суспільної діяльності. Та найбільшого впливу зазнала система охорони здоров'я: оскільки всі сили були кинуті для надання медичної допомоги хворим коронавірусною хворобою, значно знизилася доступність планових медичних послуг. І це стосується не лише країн з низьким чи середнім рівнем соціально-економічного розвитку, системні збої з'явилися навіть у тих країнах, які можуть похвалитися високою доступністю медичних закладів, передовими технологіями та достатнім числом медичних працівників. Надзвичайна ситуація у сфері охорони здоров'я, пов'язана з пандемією *COVID-19*, впливає на все суспільство, в т.ч. й на його соціально-економічний розвиток. Тому, незалежно від країни чи континенту, всім доводиться переглядати свої системи охорони здоров'я для пошуку найкращого способу забезпечення рівного доступу до якісних медичних послуг в умовах подолання надзвичайних ситуацій (таких, наприклад, як пандемія *COVID-19*).

### НАПРЯМИ ДІЙ МІЖНАРОДНИХ ІНСТИТУТІВ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

---

Аналіз відкритих даних показує тисячі смертей і не завжди це напряму пов'язано з коронавірусною хворобою, а швидше – з неготовністю або неспроможністю суспільства в цілому і систем охорони здоров'я зокрема ефективно реагувати на подібні виклики. Пишемо «систем», тому що це проблема не лише української системи охорони здоров'я. Пандемія оголила цілий пласт суспільних проблем у всьому світі. І найкраще виходять з цієї ситуації системи з жорстким



державним регулюванням. Саме тому Всесвітня організація охорони здоров'я (ВООЗ) дедалі більше уваги приділяє питанню забезпечення універсального доступу до медичної допомоги, (УНС) (врізка). Зокрема на засіданні 71-ї сесії Європейського регіонального комітету ВООЗ (РК-71), яка відбулася 13 вересня 2021р. під назвою «Уроки COVID-19: підготовка до наступної пандемії» (*Response to the COVID-19 pandemic: lessons learned to date from the WHO European Region*), офіційно представлений новий стратегічний документ «Відповідні заходи у зв'язку з пандемією COVID-19: уроки, взяті Європейським регіоном ВООЗ на сьогодні». Директорка департаменту з надзвичайних станів ЄРБ ВООЗ Д.Нітзан (*Dorit Nitzan*) зазначила: «Якби можна було сформулювати колективний досвід, отриманий нами під час пандемії COVID-19, в одному реченні, то зміст його був би в тому, що загальне охоплення послугами охорони здоров'я і готовність до надзвичайних ситуацій у сфері охорони здоров'я ефективні лише в тому випадку, якщо вони йдуть рука об руку. Забезпечення життєстійкості перед обличчям надзвичайних ситуацій у сфері охорони здоров'я – це те, до чого ми всі повинні прагнути, щоб захистити наше населення від надзвичайних ситуацій зараз і в майбутньому»<sup>1</sup>.

Універсальний доступ до медичної допомоги (*Universal Health Coverage, UHC*) означає, що всі особи та громади отримують необхідні медичні послуги, не знаючи фінансових труднощів при цьому. Він охоплює повний спектр необхідних, якісних медичних послуг – від зміцнення здоров'я до профілактики, лікування, реабілітації та паліативної допомоги протягом усього життя.

Саме досягнення УНС було однією з цілей, які країни світу ставили перед прийняттям Цілей сталого розвитку (ЦСР) у 2015р.

Індекс універсального доступу – це показник охоплення основними медичними послугами (серед яких репродуктивне здоров'я, здоров'я матері та дитини, інфекційні та неінфекційні хвороби, а також доступ до медичних послуг населення, яке перебуває у скрутному становищі, та ін.), який налічує 14 складових і подається за шкалою від 0 до 100.

<sup>1</sup> Уроки, извлеченные в ходе пандемии COVID-19: обеспечение жизнестойкости перед лицом новых чрезвычайных ситуаций в области здравоохранения. – Всемирная организация здравоохранения, Европейское региональное бюро, 13 сентября 2021г., <https://www.euro.who.int/ru/health-topics/health-emergencies/coronavirus-covid-19/news/news/2021/9/lessons-learned-from-the-covid-19-pandemic-achieving-resilience-for-the-next-health-emergency>.

Перехід до *УНС* вимагає зміцнення систем охорони здоров'я у всіх країнах, забезпечуючи надійні канали фінансування. Адже коли людям доводиться оплачувати більшість витрат на медичні послуги власним коштом, малозабезпечені люди часто не можуть отримати необхідні медичні послуги, і навіть заможні люди можуть опинитися у фінансових труднощах у випадку серйозного чи тривалого захворювання.

Моніторинг прогресу на шляху до *УНС* зосереджується на завданні ЦСР 3.8 «Забезпечити загальне охоплення послугами охорони здоров'я, у т.ч. захист від фінансових ризиків, доступ до якісних основних медико-санітарних послуг і до безпечних, ефективних, якісних і недорогих основних лікарських засобів і вакцин для всіх». Для моніторингу було обрано два показники: **3.8.1** охоплення медичними послугами та **3.8.2** витрати на охорону здоров'я домогосподарств для виявлення фінансових труднощів, спричинених прямими виплатами за охорону здоров'я:

- ✓ частка населення, яке може отримати доступ до необхідних якісних медичних послуг (ЦСР 3.8.1)
- ✓ частка населення, яка витрачає велику суму доходу домогосподарства на охорону здоров'я (ЦСР 3.8.2).

Джерелами даних є: опитування домогосподарств, офіційна статистика та дані певних об'єктів/напрямів.

Покращення охоплення медичними послугами та результатів у сфері здоров'я залежить від наявності, доступності та спроможності медичних працівників надавати якісну комплексну медичну допомогу, орієнтовану на людей. Більшість країн світу значно просунулись у досягненні цих орієнтирів. Але пандемія *COVID-19* драматично продемонструвала неспроможність деяких систем перед викликами надзвичайних ситуацій<sup>2</sup>.

У цьому розділі увага акцентується на питанні «Як пандемія *COVID-19* вплинула на доступ населення до всіх складових медичної допомоги в Україні, не пов'язаних з коронавірусною хворобою?». Зокрема розглядається, як змінилися тенденції використання медичної допомоги з точки зору медичної спільноти та простих громадян, та відповідно окреслюються тенденції, які в цілому показують вплив *COVID-19* на універсальний доступ до медичної допомоги.

<sup>2</sup> Докладно див.: Universal health coverage (UHC). – World Health Organization, [https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/universal-health-coverage-\(uhc\)](https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/universal-health-coverage-(uhc)); UHC Index of service coverage (SCI). – World Health Organization, <https://www.who.int/data/gho/data/indicators/indicator-details/GHO/uhc-index-of-service-coverage>.



## ПРОБЛЕМНІ СФЕРИ ДОСТУПУ ДО МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ

Доступ до медичної допомоги — це легкість, з якою люди можуть отримати необхідну їм медичну допомогу в певний момент часу. А вірніше — це можливість користуватися послугами відповідно до можливостей системи охорони здоров'я. Тобто, якщо послуги доступні, то існує можливість отримати відповідну медичну допомогу. Разом з тим, така можливість може бути обмежена іншими бар'єрами, такими як фінансові, організаційні, соціальні, культурні тощо. Тобто рівень доступу впливає на використання медичних послуг, а отже, і на стан здоров'я населення. Як відомо, в Україні й до пандемії рівний доступ до якісних медичних послуг був проблематичним. У 2017р. Україна за показником ЦСР 3.8.1 Частка населення, яке може отримати доступ до необхідних якісних медичних послуг мала індекс 67,8 поряд з такими країнами, як: Чорногорія (67,9), Таджикистан (68), Туніс (69,6), Болівія (68,3), Парагвай (68,5). Тоді як, наприклад, Польща та Естонія мали індекс 75,3, Білорусь — 6,5, Чехія — 76, Німеччина — 82,7, Велика Британія — 87, Канада — 88,7<sup>3</sup> (таблиця «Індекс загального охоплення здоров'я», с.152-154). Це спонукало уряд країни до рішучих дій щодо реформування медичної сфери.

### ІНДЕКС ЗАГАЛЬНОГО ОХОПЛЕННЯ ЗДОРОВ'Я (ВКЛЮЧНО ІЗ ЗАХИСТОМ ФІНАНСОВИХ РИЗИКІВ) У 2017р.<sup>4</sup>

Канада	89	Сінгапур	86	Японія	83
Австралія	87	Швеція	86	Люксембург	83
Нова Зеландія	87	Бельгія	84	Іспанія	83
Норвегія	87	Ісландія	84	Швейцарія	83
Велика Британія	87	США	84	Ізраїль	82
Нідерланди	86	Куба	83	Італія	82
Південна Корея	86	Німеччина	83	Мальта	82

<sup>3</sup> Primary Health Care on the Road to Universal Health Coverage 2019 GLOBAL MONITORING REPORT, <https://www.who.int/docs/default-source/documents/2019-uhc-report.pdf>.

<sup>4</sup> SDG Target 3.8. Achieve universal health coverage (UHC) including financial risk protection. — Universal Health Coverage index, <https://www.who.int/data/gho/data/indicators/indicator-details/GHO/uhc-index-of-service-coverage>.



<b>ІНДЕКС ЗАГАЛЬНОГО ОХОПЛЕННЯ ЗДОРОВ'Я</b>					
<i>(продовження)</i>					
Португалія	82	Кувейт	76	Хорватія	71
Бруней	81	Мексика	76	Північна Корея	71
Данія	81	Об'єднані Арабські Емірати	76	Латвія	71
Таїланд	80			Сент-Вінцент і Гренадіни	71
Уругвай	80	Багамські острови	75	Сейшельські острови	71
Австрія	79	Естонія	75		
Бразилія	79	Греція	75	Суринам	71
Китай	79	Польща	75	Чілі	70
Панама	79	Росія	75	Киргизстан	70
Словенія	79	В'єтнам	75	Марокко	70
Алжир	78	Домініканська Республіка	74		
Кіпр	78			Угорщина	74
Фінляндія	78	Румунія	74	Вірменія	69
Франція	78	Саудівська Аравія	74	Кабо-Верде	69
Бахрейн	77	Тринідад і Тобаго	74	Оман	69
Барбадос	77	Туреччина	74	Парагвай	69
Коста-Ріка	77	Венесуела	74	Молдова	69
Еквадор	77	Антигуа та Барбуда	73	Південна Африка	69
Перу	77	Ліван	73	Болівія	68
Словаччина	77	Литва	73	Єгипет	68
Аргентина	76	Малайзія	73	Чорногорія	68
Білорусь	76	Нікарагуа	73	Катар	68
Колумбія	76	Узбекистан	73	Сент-Люсія	68
Чехія	76	Гренада	72	Таджикистан	68
Сальвадор	76	Гайана	72	Україна	68
Ірландія	76	Іран	72	Болгарія	66
Йорданія	76	Македонія	72	Грузія	66



<b>ІНДЕКС ЗАГАЛЬНОГО ОХОПЛЕННЯ ЗДОРОВ'Я</b>					
<i>(продовження)</i>					
Шрі-Ланка	66	Індія	55	Судан	44
Азербайджан	65	Кенія	55	Йти	43
Гондурас	65	Сан-Томе і Прінсіпі	55	Танзанія	43
Ямайка	65	Зімбабве	54	Бурунді	42
Сербія	65	Замбія	53	Нігерія	42
Беліз	64	Коморські острови	52	Ємен	42
Фіджі	64	Тимор-Лешті	52	ДРК	41
Лівія	64	Лаос	51	Кірібаті	41
Есватіні	63	Габон	49	Мавританія	41
Маврікій	63	Гаїті	49	Ангола	40
Бутан	62	Бангладеш	48	Бенін	40
Мальдіви	62	Лесото	48	Буркіна-Фасо	40
Монголія	62	Непал	48	Гвінея-Бісау	40
Намібія	62	Вануату	48	Папуа-Нова Гвінея	40
Боснія та Герцеговина	61	Кот-д'Івуар	47	Конго	39
		Джібуті	47	Ефіопія	39
Ботсвана	61	Гана	47	Ліберія	39
Ірак	61	Мікронезія	47	Сьєрра-Леоне	39
М'янма	61	Соломонові острови	47	Еритрея	38
Філіппіни	61	Камерун	46	Малі	38
Камбоджа	60	Малаві	46	Афганістан	37
Сирія	60	Мозамбік	46	Гвінея	37
Албанія	59	Екваторіальна Гвінея	45	Нігер	37
Самоа	58			ЦАР	33
Тонга	58	Пакистан	45	Південний Судан	31
Індонезія	57	Сенегал	45	Чад	28
Руанда	57	Уганда	45	Мадагаскар	28
Гватемала	55	Гамбія	44	Сомалі	25

## ОСНОВНІ ТЕНДЕНЦІЇ ПАНДЕМІЇ COVID-19 В УКРАЇНІ

Масштабні заходи фізичного дистанціювання та обмеження пересування, запроваджені для стримування COVID-19, значно обмежували доступ до звичайних (планових) медичних послуг.

Перед аналізом доступу до планової медичної допомоги для населення України, варто окреслити тенденцію пандемії COVID-19 в Україні.

Як відомо, 3 березня 2020р. Україна оголосила про перший підтверджений випадок зараження коронавірусом – захворів чоловік у Чернівецькій області, який повернувся з Європи. Наступні підтверджені випадки COVID-19 зафіксували 12 березня, відтоді почав діяти оголошений урядом карантин, який передбачав заборону відвідування закладів освіти учнями та студентами, проведення всіх масових заходів, в яких беруть участь понад 200 осіб, крім заходів, необхідних для забезпечення роботи органів державної влади та органів місцевого самоврядування. Спортивні заходи дозволялося проводити без участі глядачів (уболівальників)<sup>5</sup>. Такі досить жорсткі обмеження дали змогу Україні запобігти першій хвилі поширення пандемії COVID-19, що позитивно її виділяло з європейських країн-сусідів (Чехії, Польщі, Італії) (діаграма «Захворюваність на COVID-19»<sup>6</sup>, с.156).

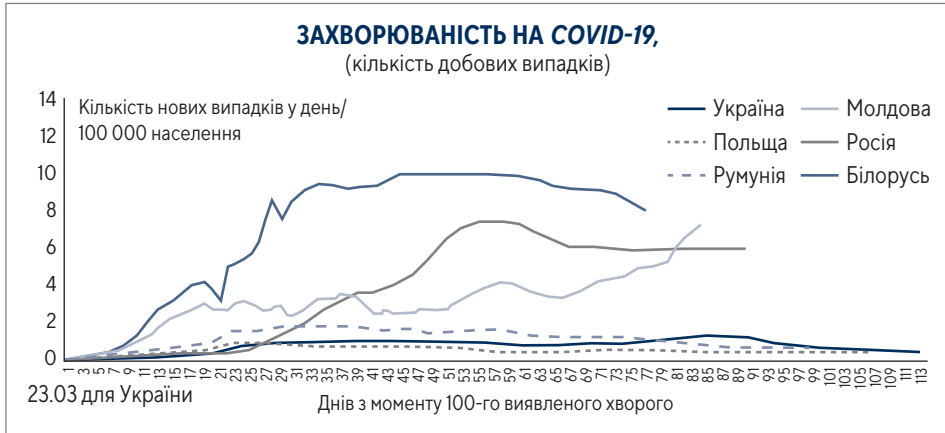
### Аналіз ситуації COVID-19 в Україні та світі

Разом з тим, подальші дії не сприяли покращенню ситуації із запобігання поширенню коронавірусної інфекції в Україні, адже не була налагоджена система охоплення тестуванням населення, а також швидкої координації та оперативного реагування у разі виявлення хворих на COVID-19<sup>7</sup>. Це призвело до погіршення ситуації після послаблення карантинних обмежень, адже «Уряд постійно нарощував потужності у

<sup>5</sup> Постанова КМУ «Про запобігання поширенню на території України коронавірусу COVID-19» №211 від 11 березня 2020р.

<sup>6</sup> COVID-19: Аналіз поточної ситуації та моделювання сценаріїв поширення захворювання. – Київська школа економіки, жовтень 2020р., [https://kse.ua/wp-content/uploads/2020/10/KSE\\_COVID-19-weekly-briefing\\_Oct15.pdf](https://kse.ua/wp-content/uploads/2020/10/KSE_COVID-19-weekly-briefing_Oct15.pdf).

<sup>7</sup> 3 1 липня в Україні запрацюють центри контролю та профілактики хвороб. – Центр громадського здоров'я МОЗ України, 30 червня 2021р., <https://www.phc.org.ua/news/z-1-lipnya-v-ukraini-zapracyuyut-centri-kontrolyu-ta-profilaktiki-khvorob>.



Динаміка України практично повністю дублювала динаміку Польщі, із затримкою в 1-2 тижні. Останній тиждень динаміки України випереджає динаміку Польщі.

З метою згладжування коливань, показник на кожну дату усереднений за останній тиждень.

Джерела: оперативний моніторинг НСЗУ по Україні, *University of Oxford (OXGRT database)*, Аналіз KSE.

«ковідних» лікарнях (навесні 2020р. Уряд визначив перелік із 248 лікарень, призначених для лікування хворих на COVID-19. Їх кількість пізніше було збільшено, а потужності розширені), наздоганяючи постійне збільшення числа госпіталізованих пацієнтів. Основною стратегією протидії COVID-19 стало не виявлення нових випадків та контроль над поширенням захворювання, а створення достатньої кількості ліжок для всіх, хто потребує госпіталізації. Такі дії призвели до надмірного навантаження на лікарняну систему в епіцентрах спалаху, особливо у великих містах»<sup>8</sup>.

Така тактика призвела до переформатування більшості закладів охорони здоров'я під «ковідні» лікарні, що, своєю чергою, погіршувало ситуацію загального доступу населення до медичної допомоги у випадку хронічних захворювань чи з метою діагностичних або профілактичних послуг. Наслідком цього стало суттєве зростання рівня смертності (як пов'язаних з COVID-19, так і з інших причин) (діаграма «Причини смертності у 2020р. - липень 2021р.», с.157).

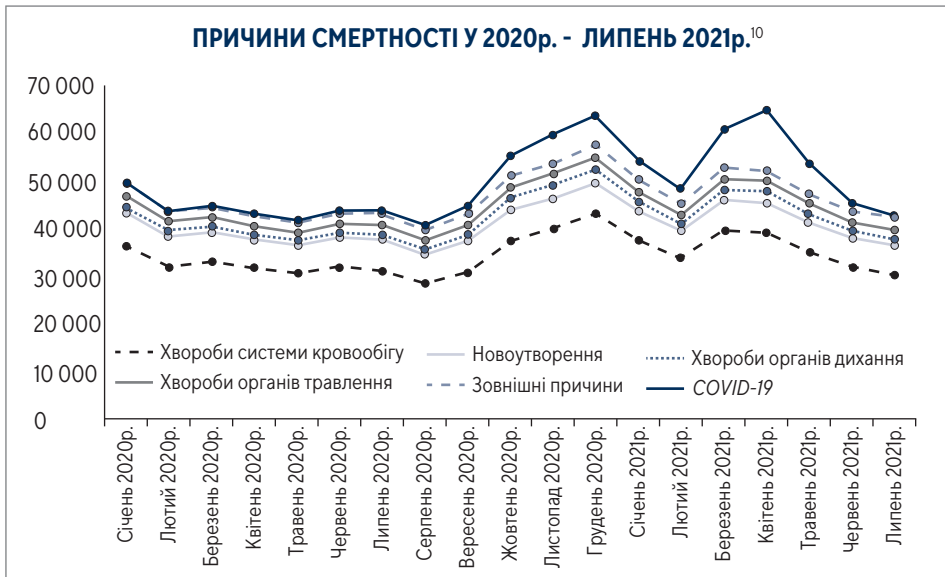
<sup>8</sup> Здоров'я та освіта: Як пандемія COVID-19 вплинула на доступ до публічних послуг в Україні. Аналітичний огляд. – ГО «Ініціатива ХОЛОН», 2021р.



## ДОСТУП НАСЕЛЕННЯ ДО МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ

З діаграми видно чітку закономірність: у період погіршення епідемічної ситуації, пов'язаної з COVID-19, зростає смертність від основних груп хронічних неінфекційних захворювань, що свідчить про погіршення доступу населення до планової медичної допомоги (не пов'язаної з коронавірусною хворобою). Це при тому, що з 2021р. стартував другий етап реформування системи охорони здоров'я в Україні, що передбачав запровадження гарантованих пакетів надання медичної допомоги, в т.ч. усі зазначені напрями.

Однією з причин такої ситуації є, передусім, неефективна державна політика в частині маршрутизації пацієнтів з коронавірусною хворобою. Зокрема, для прийому хворих на COVID-19 були переоблаштовані лікарні планового лікування, пологові будинки, госпіталі, санаторії та інші медичні заклади. «У грудні 2020р. 125 із 533 виділених для COVID-19 лікарень (кожна четверта) належали до таких закладів. У більшості випадків вони приймали невелике число пацієнтів або взагалі не приймали їх. Однак низьке завантаження цих лікарень впливало на загальну статистику, яка створювала хибне враження про те, що завантаженість системи надання медичної допомоги є допустимою чи прийнятною»<sup>9</sup>.

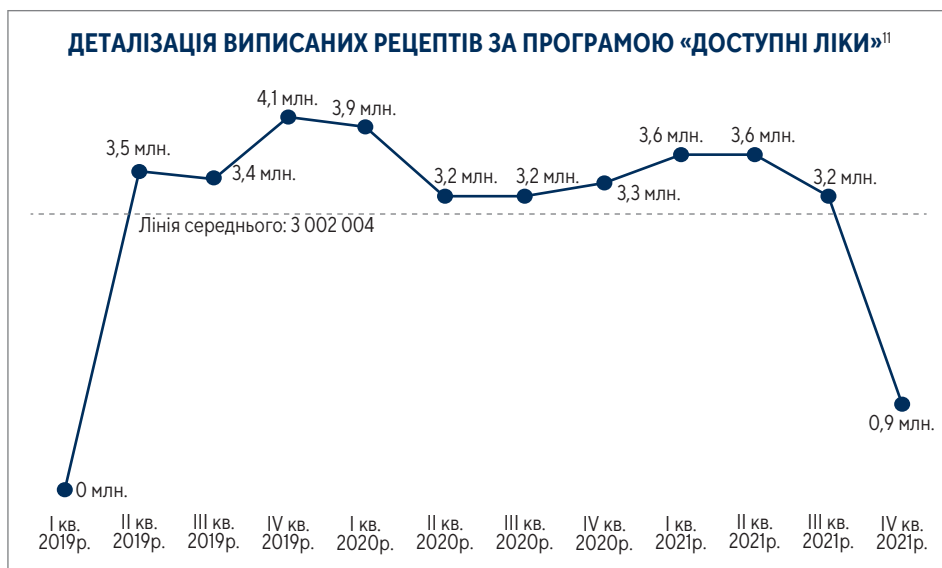


<sup>9</sup> Там само.

<sup>10</sup> Джерело: Держстат України, <http://www.ukrstat.gov.ua>.



Значно погіршилась ситуація з ефективним використанням програми «Доступні ліки» (діаграма «Деталізація виписаних електронних рецептів...»).



Як видно з діаграми, суттєве зменшення виписаних рецептів відбувалось у період погіршення епідситуації.

## РОЛЬ І МІСЦЕ ПЕРВИННОЇ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ

Окреслена ситуація погіршення загальної доступності медичної допомоги в умовах пандемії викликає стурбованість на найвищому рівні. Дедалі більшу надію у забезпеченні універсального доступу до медичної допомоги всім, хто її потребує, при цьому ефективно реагувати на виклики, пов'язані з пандемією COVID-19, експерти ВООЗ покладають на лікарів первинної медичної допомоги (ПМД). Зокрема, на думку представників ініціативи лікарів «The Primary Health Care Performance Initiative» (PHCP)<sup>12</sup>, потужна первинна медична допомога може

<sup>11</sup> Дані НСЗУ: Деталізація виписаних електронних рецептів за програмою реімбурсації («Доступні ліки»), <https://nszu.gov.ua/e-data/dashboard/reimb-w-prescriptions>.

<sup>12</sup> Key Messages: The Role of Primary Health Care in COVID-19 Response & Recovery. – Primary Health Care Performance Initiative, [https://improvingphc.org/sites/default/files/COVID19%20and%20Primary%20Health%20Care\\_Key%20Messages.p](https://improvingphc.org/sites/default/files/COVID19%20and%20Primary%20Health%20Care_Key%20Messages.p).



надати важливу «першу лінію» захисту для забезпечення безпеки і здоров'я населення та реагування на ситуацію з *COVID-19*. Адже ПМД – основа здоров'я та добробуту на кожному етапі життя, здатна задовольнити понад 80% потреб здоров'я людей. Системи ПМД можуть допомогти діагностувати, відстежувати та зупиняти поширення локальних спалахів, одночасно надаючи громадам основні медичні послуги<sup>13</sup>.

З метою з'ясування ситуації щодо використання ресурсу ПМД у забезпеченні універсального доступу до медичної допомоги в умовах пандемії *COVID-19*, Бацюрою А., у межах магістерської кваліфікаційної роботи в Школі охорони здоров'я НУ «Києво-Могилянська академія», проведено дослідження «Роль медичних працівників первинної медичної допомоги під час пандемії *COVID-19*». Опитування проводилось на кафедрі сімейної медицини та амбулаторно-поліклінічної допомоги НУОЗ України ім.П.Л.Шупика під час проходження лікарями загальної практики сімейної медицини (ЗП-СЛ), лікарями-терапевтами та лікарями-педіатрами циклів тематичного удосконалення, спеціалізації та конференцій Української асоціації сімейної медицини (УАСМ) (листопад 2020р. - березень 2021р.). Деякі результати наведені в цьому розділі.

Щодо організації роботи ПМД в умовах пандемії *COVID-19*, то лише 1,7% респондентів повністю задоволені організацією роботи ПМД, переважна більшість лікарів вказували на певні недоліки, а 25,1% – на незадовільну організацію надання ПМД у зв'язку із *COVID-19* (сумарні відповіді «погано» та «дуже погано організовано» склали 61 респондент). При цьому кожен третій респондент відзначав недостатню готовність закладу, в якому він працює, до надання допомоги (72 лікаря, або 30% респондентів) і лише 20 (8,4%) лікарів вказували на повну готовність закладу надавати допомогу в умовах пандемії. Негативним фактом при цьому виступає відсутність (або лише часткове розроблення) належного маршруту пацієнта у разі різних епідеміологічних сценаріїв передачі *COVID-19*: про повне або часткове розроблення маршрутів вказали лише 2/3 респондентів: відповідно 46,4% та 37,7%. При цьому 15,9% респондентів вказали на відсутність їх у закладі, де вони працюють.

<sup>13</sup> Бацюра Г.В. Роль первинної медичної допомоги в протидії пандемії коронавірусної хвороби в Україні. Магістерська робота. – Школа охорони здоров'я, НаУКМА, 2021р.



Усі респонденти відзначали, що постійно надають медичну допомогу хворим на *COVID-19* або епідеміологічно пов'язаним з ним (контактним, хворим з легким і середнім перебігом, а також пацієнтам, які виписані зі стаціонару). Кожен другий респондент-лікар ЗП-СЛ (53,6%) зазначав, що 25% пацієнтів є контактними особами з *COVID-19*.

56,1% лікарів ЗП-СЛ мали справу з реконвалесцен-тами коронавірусної хвороби. 50% усіх пацієнтів з *COVID-19*, які зверталися за медичною допомогою, мали легкий перебіг хвороби, про що вказували 33,5% респондентів. Цей факт є важливим для прогнозу захворювання та моніторингу стану пацієнтів. Варто зазначити, що медична допомога надається не лише пацієнтам, які уклали декларації з лікарями ПМД, але й пацієнтам, які не мають декларації.

Як відомо, підтримання принципів організації та надання послуг є одним із найважливіших завдань ПМД. Результати проведеного дослідження довели, що паралельно з наданням медичної допомоги пацієнтам з коронавірусною хворобою лікарі ПМД надають і планову медичну допомогу. Разом з тим, понад 50% респондентів вказали на погіршення та незначне погіршення доступності медичної допомоги (30,5% та 25,9%, відповідно), і лише 17% респондентів зазначили про покращення якості медичної допомоги. Крім доступності, понад 40% респондентів вказали на погіршення ситуації щодо безперервності медичної допомоги, і лише 14,3% респондентів вважають, що ситуація із дотриманням цього принципу на рівні ПМД покращилася.

Негативних змін зазнав показник своєчасності медичної допомоги: половина (50,2%) респондентів вказали на погіршення цього показника.

Тож, як видно з результатів дослідження, в період пандемії суттєво знизилась і доступність, і безперервність, і своєчасність медичної допомоги на рівні ПМД, що пояснює негативні тенденції статистики, які ми наводили вище, і які свідчать про порушення принципу універсального доступу. Отже, ситуація потребує обов'язкового вирішення. Адже ризики продовження або повторення пандемії є досить високими.

Наразі про неготовність та недостатню готовність до роботи в умовах пандемії відзначили 38,9% респондентів. Хоча варто зазначити, що 57,7% опитаних лікарів відзначили, що в їх ЗОЗ забезпечено (або частково забезпечено – 33,9%) безпечне та безперервне надання медичної допомоги на амбулаторному етапі пацієнтам, яким життєво необхідне надання медичних послуг (інсульти, інфаркти та інші невідкладні стани). Разом з тим, респонденти вказали на зниження профілактичної складової їх роботи. Зокрема:

- ✓ знизився рівень вакцинації згідно з календарем профілактичних щеплень: серед задекларованих пацієнтів на 30,5%, серед населення в цілому – на 33,5%;
- ✓ зменшилась кількість консультацій для населення з основних засад здорового способу життя, наслідків для здоров'я нездорового способу життя та важливості здійснення заходів з відмови від куріння та зловживання алкоголем, збільшення фізичної активності та здорове харчування.

Майже не зазнали змін такі напрями роботи, як ведення на рівні ПМД вагітних з неускладненим перебігом вагітності та медичне спостереження за здоровою дитиною, а також паліативна допомога дорослим і дітям; консультування та навчання осіб, які здійснюють догляд за пацієнтом; координація та співпраця з іншими установами для забезпечення медичних, психологічних, соціальних та інших потреб пацієнта. Без змін, як до пандемії *COVID-19* здійснюється призначення лікарських засобів і медичних виробів, технічних засобів медичної реабілітації з оформленням відповідних документів згідно з вимогами законодавства на рівні ПМД, на що вказали 59% опитаних. Разом з тим, 41% вказали на певні негативні зміни в цій діяльності.

Таким чином, за даними проведеного дослідження, до причин, що вплинули на організацію надання первинної медичної допомоги в період пандемії *COVID-19*, переважна більшість (89,1%) респондентів вказували на недостатню державну підтримку лікарів та медичного персоналу; більшість – на відсутність у влади чіткої і прозорої стратегії боротьби з *COVID-19* (64,4%) та суперечливі та недостатньо виважені дії влади з боротьби з *COVID-19* (56,1%), і половина – на відсутність координації між діями різних органів влади (49,4% опитаних).



## ГЕНДЕРНИЙ ВИМІР ПАНДЕМІЇ COVID-19

**Відображення впливу пандемії на гендерну складову соціально-економічного середовища.** Як було зазначено в попередніх розділах, коронавірусна криза внесла помітні «коригування» до соціально-економічних процесів практично в усіх країнах світу. *По-перше*, чисельність захворілих і померлих суттєво різняться між країнами<sup>14</sup>, і ще більше різняться рівень захворюваності і смертності навіть для країн, розташованих в одному регіоні, які мають широкі економічні зв'язки і запроваджували подібні коронавірусні обмеження (хоча відсоток померлих жінок у загальній чисельності померлих у європейських країнах є досить схожим – 42-47%) (таблиця «Смертність від COVID-19 за статтю в окремих країнах»<sup>15</sup>). «Синхронність» хвиль захворюваності практично не дозволяла як належним чином враховувати практику і досвід країн-сусідів, так і надавати матеріальну та медичну допомогу партнерським країнам для результативної протидії.

<b>СМЕРТНІСТЬ ВІД COVID-19 ЗА СТАТТЮ В ОКРЕМИХ КРАЇНАХ*</b>			
	Загальне число, осіб		Померлих жінок до загального числа померлих, %
	захворілих	померлих	
Австрія	726 873	10 716	46,53
Данія	355 603	2 633	45,58
Іспанія	4 932 891	85 832	44,74
Італія	4 616 780	129 558	43,52
Німеччина	4 126 341	92 919	47,34
Румунія	1 152 052	35 592	42,58
Фінляндія	137 117	1 059	46,27
Франція	6 737 561	88 518	42,30
Чехія	1 665 737	30 417	42,50
Швеція	1 147 876	14 813	45,34
<b>Україна</b>	<b>2 379 483</b>	<b>55 424</b>	<b>47,00</b>

\*Станом на вересень 2021р.

<sup>14</sup> Bauer P., et al. An international comparison of age and sex dependency of COVID-19 deaths in 2020: a descriptive analysis. – Nature Portfolio, 27 September 2021, <https://www.nature.com/articles/s41598-021-97711-8>.

<sup>15</sup> The COVID-19 Sex-Disaggregated Data Tracker. – Global Health 5050, 28 September 2021, <https://globalhealth5050.org/the-sex-gender-and-covid-19-project/the-data-tracker/?explore=variable&variable=Deaths>.



По-друге, процеси захворюваності та перебігу хвороби, її наслідки і подальша життєдіяльність мають **різний коротко- та довгостроковий характер для жінок і чоловіків**. Системно це узагальнюється таким чином, що спричинена COVID-19 смертність чоловіків перевищує смертність жінок, економічна спроможність і добробут жінок у середньостроковій перспективі (внаслідок коронавірусної кризи) виявляються суттєво нижчими, ніж чоловіків.

Дійсно, з одного боку, впродовж першої коронавірусної хвилі (весна 2020р.) у розвинутих європейських країнах 69% смертних випадків від COVID-19 припадало на чоловіків<sup>16</sup>. Однак, у ряді європейських країн упродовж першої хвилі пандемії (березня-квітня 2020р.) чисельність померлих від коронавірусу медичних працівників-жінок суттєво перевищила відповідну чисельність чоловіків (таблиця «Чисельність померлих за статтю в Іспанії та Італії»<sup>17</sup>).

<b>ЧИСЕЛЬНІСТЬ ПОМЕРЛИХ ЗА СТАТТЮ В ІСПАНІЇ ТА ІТАЛІЇ*</b> , осіб		
	<b>Іспанія</b>	<b>Італія</b>
Усього померлих медичних працівників	28 326	20 797
жінок	21 392	14 350
чоловіків	6 934	6 447
Частка жінок у загальному, %	75,5	69,0

\*Станом на 28-30 квітня 2020р.

Більше того, коронавірус спровокував загострення перебігу і рівень смертності від хвороб, яким «традиційно» більше піддаються чоловіки, наприклад, онкозахворювань, хвороб органів дихання чи органів травлення. Тобто **гострота гендерної проблематики** (в т.ч. у коронавірусний період) **стосується не лише жіночої дискримінації** у політичній, економічній, суспільній та іншій сферах, **але й «додатковій» вразливості чоловіків** від зовнішніх чинників.

З іншого — економічне «пригнічення» жінок розширилося. У критичних умовах (до яких належить коронавірус) жінки частіше

<sup>16</sup> Енрікес М. Хто постраждає від пандемії більше — чоловіки чи жінки. — BBC News Україна, 25 квітня 2020р., <https://www.bbc.com/ukrainian/vert-fut-52328324>.

<sup>17</sup> COVID-19: Emerging gender data and why it matters. — Women Count Data Hub, 26 Jun 2020, <https://data.unwomen.org/resources/covid-19-emerging-gender-data-and-why-it-matters>.



відправляються у вимушену тимчасову відпустку (*to be furloughed*), мають менші можливості для роботи з дому, проте витрачають значно більше часу на неоплачувані роботи, пов'язану із веденням домашнього господарства та догляду за дітьми<sup>18</sup>. Відтак, окрім безпосереднього негативного впливу, коронавірусна криза виявила **«додаткові» негативи для життя і життєдіяльності жінок, пов'язані з вищою соціальною і психологічною напруженістю**, депресією, втратою традиційних життєвих орієнтирів та ін., що, водночас, має негативний вплив на репродуктивні функції жінок<sup>19</sup>. При цьому можливість **звернення до фахівців за життєвоважливою (медичною) допомогою суттєво ускладнена внаслідок карантинних обмежень**.

Поряд з цим, під час коронавірусної кризи підтвердилась історична негативна «закономірність» **впливу будь-якої пандемії на рівень народжуваності**, а серед головних чинників послаблення готовності сімей загалом і жінок зокрема до народження дітей виокремлюється **психологічна невпевненість** у подальшому розвитку світу, спроможності окремих країн і урядів уберегти і захистити нове покоління<sup>20</sup>.

Іншим **чинником впливу на народжуваність** упродовж коронавірусу стала **результативність та ефективність заходів і дій влади**, спрямованих на захист населення і бізнесу від негативних проявів коронакризи. Так, у країнах Південної Європи (в яких влада піддавалася критиці за слабку антикоронавірусну політику) народжуваність помітно скоротилась: в Італії на 9,1%, в Іспанії – 8,4%, у Португалії – 6,6%. Водночас, у північних країнах – Данії, Фінляндії, Німеччині, Нідерландах (які доклали значних зусиль протидії кризі) – помітного скорочення не спостерігалось<sup>21</sup>.

<sup>18</sup> Coronavirus (COVID-19) and the different effects on men and women in the UK, March 2020 to February 2021. – Office for National Statistics, <https://www.ons.gov.uk/peoplepopulationandcommunity/healthandsocialcare/conditionsanddiseases/articles/coronaviruscovid19andthedifferenteffectsonmenandwomenintheukmarch2020tofebruary2021/2021-03-10>.

<sup>19</sup> The COVID-19 pandemic could have huge knock-on effects on women's health, says the UN. – World Economic Forum, 2 Apr 2020, <https://www.weforum.org/agenda/2020/04/covid-19-coronavirus-pandemic-hit-women-harder-than-men>.

<sup>20</sup> Greco J. COVID-19 slows birth rate in US, Europe. – Cornell Chronicle, 15 September 2021, <https://news.cornell.edu/stories/2021/09/covid-19-slows-birth-rate-us-europe>.

<sup>21</sup> Докладно див. дослідження англійських вчених «*Early Assessment of the Relationship Between the COVID-19 Pandemic and Birth in High-Income Countries*». – PNAS, <https://www.pnas.org/content/118/36/e2105709118>.

Зрозуміло, що **рівень захворюваності безпосередньо впливає на людський капітал**, участь працівників у виробничих і суспільних процесах. Тому вищі рівні захворюваності негативно впливають на економічну динаміку, провокуючи загострення соціально-економічних проблем, у т.ч. гендерного рівня (що потребує окремого дослідження).

У цьому контексті Україна виглядає відносно позитивно. ВВП на душу населення в Україні – один з найменших в Європі (докладніше див. Розділ 2 цієї доповіді), а між тим рівень захворюваності – близький до середніх європейських показників. Більше того, співвідношення постраждалих від коронавірусу між жінками і чоловіками в Україні також різниться. Так, існують статистичні свідчення (для країн Європи) того, що чоловіки «легше» заражаються *COVID-19*, а їх враженість хворобою є вищою. Зокрема, в більшості європейських країн у початковий період усереднена смертність серед чоловіків складала 2,8%, жінок – 1,8%. Однак, в Україні ситуація того періоду виявляється дещо іншою – жінки склали близько 60% числа всіх інфікованих коронавірусом<sup>22</sup>.

Тобто однозначної відповіді на питання – чому захворюваність і навіть смертність, у т.ч. за статевою ознакою, в Україні у 2020р. за результатами перебігу коронавірусної кризи виявилася меншою, ніж у Європі, поки немає.

Звичайно, певну роль відіграла менша мобільність українців, порівняно з мобільністю в європейських країнах, що на початкових етапах кризи було стримуючим чинником для поширення хвороби. Менша мобільність – менші ризики захворіти, а запровадження жорстких карантинних обмежень у більшості європейських країн відіграло «врівноважуючу» роль.

Утім, вірогідно, головну роль відігравав демографічний чинник. Тривалості життя в Україні є значно меншими, ніж у країнах ЄС (докладно про це див. Розділ 2 цієї доповіді).

Перша ж хвиля коронакризи (весна 2020р.) у всьому світі частіше вражала людей старшого віку – 65+. Тобто українське населення, насамперед чоловіче (у якому чисельність і частка людей віком 65+ помітно

<sup>22</sup> Коронавірус в Україні. – Мінфін, <https://index.minfin.com.ua/ua/reference/coronavirus/ukraine>.



менша, ніж усереднена для ЄС у відповідній віковій групі) знаходилося під меншим враженням коронавірусної вікової атаки.

Стосовно ж наступних хвиль і нових мутацій коронавірусу, то вони спричиняють дедалі більшу захворюваність людей середнього віку, а все доросле населення піддається однакового рівня ризикам. Тут Україна вже не мала вікових «переваг», а тому захворюваність, а з нею і смертність, почали зростати значно вищими темпами саме за рахунок «включеності» середнього покоління українців. Відтак, упродовж I півріччя 2021р. в Україні померли від COVID-19 35 тис. осіб (переважно середнього віку), що майже на 75% більше, ніж за весь коронавірусний 2020р.

Варто звернути окрему увагу на ще один **негативний вплив коронавірусу**. Структура медичних працівників зумовлює **«додаткові» ризики для захворюваності жінок**. Оскільки загалом у медичному персоналі чисельно переважають жінки, завдяки якому значною мірою і відбувалась протидія пандемії<sup>23</sup>, то й **«додаткові» ризики захворюваності на коронавірус лягають переважно саме на жіночий персонал** (яскравий приклад випадки розгортання коронавірусу в Іспанії та Італії). Відтак, рівень захисту безпосередньо медичного персоналу одночасно віддзеркалює спрямованість заходів захисту жінок.

Коронавірусна криза виявила глобальні негативи **не лише коротко-, але й середньострокового характеру у процесах зайнятості**<sup>24</sup>. Як і слід було очікувати, криза першочергово суттєво вплинула на зайнятість, однак втрати в робочих місцях (чоловіків і жінок) різнилися. Як представлено у Глобальному звіті гендерної нерівності за 2021р., за попередніми оцінками у 2020р. близько 5% зайнятих жінок втратили роботу, порівняно з 3,9% серед чоловіків. Це не викликає подиву, якщо врахувати, що економічні втрати (обсяги замовлень, рівні виробництва і скорочення робочих місць) у сфері послуг суттєво перевищують відповідні втрати у промисловості, то й економічні втрати для жінок

<sup>23</sup> Протидія коронавірусу потребувала залучення та активізації всього наявного потенціалу медичних працівників. Відтак, і захворюваність серед медиків була значною, оскільки лікарі і середній медичний персонал складають лівову частку всіх медичних працівників, то спасіння і догляд за захворілими і хворими означає вищі ризики зараженості, а також вищі ризики від «супровідних» хвороб, у т.ч. серцевих (що є наслідком коронавірусного зараження).

<sup>24</sup> Оперативна Гендерна Оцінка становища та потреб жінок у контексті ситуації з COVID-19 в Україні, [https://www.auc.org.ua/sites/default/files/report\\_rga\\_covid-19\\_ukr\\_0.pdf](https://www.auc.org.ua/sites/default/files/report_rga_covid-19_ukr_0.pdf).



(які більше зайняті саме у сфері послуг) будуть вищими, ніж для зайнятості і доходів чоловіків.

Варто зазначити, що оскільки **коронавірусна криза прискорила процеси цифровізації** і використання комп'ютерів у сферах, де раніше їх використання не було системним, то й у середньостроковій перспективі разом з прискоренням процесів цифровізації процеси підвищення зайнятості можуть різнитись. Оскільки сьогодні частка чоловіків, які працюють у т.зв. хмарних технологіях, інженерії, штучному інтелекті та ін., суттєво перевищують частку жінок у таких сферах (60-85% проти 15-30%), то й можливості працевлаштування у чоловіків вже в найближчому посткоронавірусному майбутньому будуть значно ширшими саме для чоловіків.

## **COVID-19: СТАВЛЕННЯ СУСПІЛЬСТВА**

Загальнонаціональне соціологічне дослідження, здійснене соціологічною службою Центру Разумкова, присвячене COVID-19<sup>25</sup>, виявило певні тенденції у ставленні громадян до пандемії коронавірусу, діяльності системи охорони здоров'я (СОЗ) загалом і забезпечення доступу до медичної допомоги зокрема.

Результати дослідження є важливими з точки зору рекомендацій для органів влади, особливо якщо їх розглядати паралельно з результатами опитування лікарів ПМД (наведеного вище) та аналізу офіційної статистичної інформації.

### **Довіра до офіційних повідомлень про COVID-19**

Перший важливий блок питань стосувався довіри населення до офіційних повідомлень про COVID-19. На питання *«Чи довіряєте Ви офіційній інформації про чисельність тих, хто захворів коронавірусом в Україні?»* лише 18,5% респондентів (31,4% експертів<sup>26</sup>) дали позитивну відповідь, тоді як близько половини (44%) – не довіряють: 23% з них вказують на завищення даних офіційної статистики (9,1% експертів). Це певною мірою пояснює нехтування протиепідемічними

<sup>25</sup> Дослідження проводилося 14-20 жовтня 2021р. в усіх регіонах України, за винятком Криму та окупованих територій Донецької та Луганської областей. Опитано 2 018 респондентів віком від 18 років. Теоретична похибка вибірки не перевищує 2,3%.

<sup>26</sup> Докладно результати експертного опитування наведені в розділі 5 цієї доповіді.



заходами, на які постійно наголошує МОЗ України. Можна припустити, що більша поінформованість експертів сприяє і більшому ступеню довіри до офіційних повідомлень.

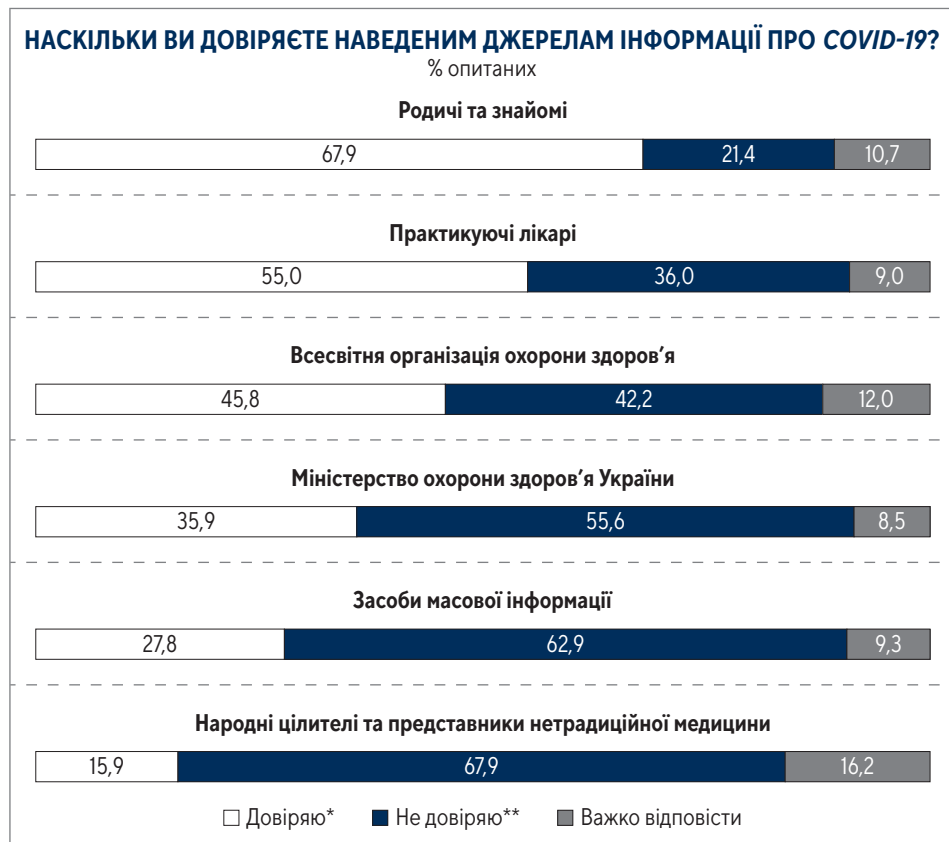


\* В анкеті експертів такого варіанту відповіді не було.

Підтверджує відсутність довіри до МОЗ серед населення і відповідь на питання «*Наскільки Ви довіряєте наведеним джерелам інформації про COVID-19?*» (діаграма, с.169). Понад 55% респондентів не довіряють інформації, яка надходить від МОЗ (зовсім не довіряють – 19,4%, скоріше не довіряють – 36,2%). При цьому, повністю довіряють лише 5,6% респондентів, скоріше довіряють – 30% респондентів.

Особливе занепокоєння викликає факт, що майже подібні показники недовіри простежуються й щодо інших джерел інформації, зокрема: Всесвітньої організація охорони здоров'я (зовсім не довіряють – 13,7%, скоріше не довіряють – 28,5%) та ЗМІ (зовсім не довіряють – 22%, скоріше не довіряють – 40,9%). Найавторитетнішими джерелами інформації для більшості респондентів є родичі та знайомі, яким довіряють 68% опитаних (скоріше довіряють – 46,3%, повністю – 21,6%) та практикуючі лікарі, яким довіряють 55% респондентів (44,7% – повністю та 10,3% – скоріше).

Відповіді на наведені питання певною мірою пояснюються тим, що респонденти особливо не виокремлюють небезпечність для себе



\* Сума варіантів відповіді «повністю довіряю» і «скоріше довіряю».

Жовтень 2021р.

\*\* Сума варіантів відповіді «зовсім не довіряю» і «скоріше не довіряю».

*COVID-19*: небезпеку прирівнюють до таких захворювань, як цукровий діабет (становить істотну небезпеку – 35,9% становить смертельну небезпеку – 11,2% респондентів), інфаркт міокарда (28,7% та 34,2%, відповідно), туберкульоз (35,6% та 25,3%, відповідно). Істотну небезпеку від *COVID-19* вбачають 37,2% опитаних громадян, а чверть (26,4%) – смертельну небезпеку (таблиця «Наскільки небезпечними Ви вважаєте для себе такі захворювання?», с.170). Це свідчить про те, що більшість опитаних отримують і довіряють точно не офіційним джерелам інформації, тому і ставлення як до *COVID-19*, так і захисту від нього (в т.ч. за допомогою вакцинації) є досить легковажним.

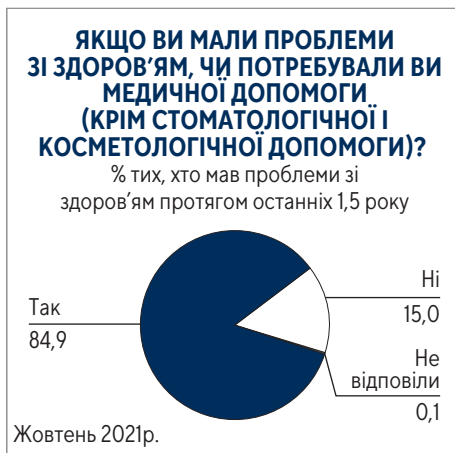


<b>НАСКІЛЬКИ НЕБЕЗПЕЧНИМИ ВИ ВВАЖАЄТЕ ДЛЯ СЕБЕ ТАКІ ЗАХВОРЮВАННЯ?</b>						
% опитаних						
	<b>Зовсім не становить небезпеки</b>	<b>Мало небезпечне</b>	<b>Становить певну небезпеку</b>	<b>Становить істотну небезпеку</b>	<b>Становить смертельну небезпеку</b>	<b>Важко відповісти</b>
Інфаркт	5,2	9,0	18,4	28,7	34,2	4,5
COVID-19	2,9	5,2	24,9	37,2	26,4	3,4
Туберкульоз	5,6	9,9	18,8	35,6	25,3	4,7
Цукровий діабет	6,9	11,9	28,0	35,9	11,2	6,0
Сезонний грип	6,1	21,9	42,5	21,6	5,4	2,5

Жовтень 2021р.

### Доступність медичних послуг

Наступний блок питань був спрямований на з'ясування у громадян доступності медичних послуг, не пов'язаних з COVID-19. Адже відповіді лікарів ПМД (наведені вище) та дані аналізу офіційної статистики та наукових публікацій вказують на погіршення ситуації з універсальним доступом. Відповіді на питання цього блоку є досить суперечливими (що потребує додаткового дослідження), проте частково це можна пояснити тим, що серед опитаних громадян лише 39% мали проблеми зі





## ДОСТУП НАСЕЛЕННЯ ДО МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ

здоров'ям упродовж останніх 1,5 року (тоді як 61% – не мали проблем зі здоров'ям, а відповідно і досвіду отримання медичної допомоги також не мали).

Переважна більшість (85%) респондентів, які мали проблеми зі здоров'ям останнім часом, потребували медичної допомоги.

За необхідності, більшість (71%) опитаних громадян, які мали проблеми зі здоров'ям останні 1,5 роки, зверталися за медичною допомогою до терапевта/сімейного лікаря у державній поліклініці/амбулаторії, 23% – до вузького спеціаліста в державній поліклініці/амбулаторії, 15% – консультувалися з сімейним лікарем по телефону, 14% – лікувалися самостійно.

<b>КУДИ ВИ ЗВЕРТАЛИСЯ У РАЗІ ЗАГОСТРЕННЯ/ВИНИКНЕННЯ ПРОБЛЕМ ЗІ ЗДОРОВ'ЯМ (КРІМ СТОМАТОЛОГІЧНОЇ І КОСМЕТОЛОГІЧНОЇ ДОПОМОГИ) ПРОТЯГОМ ОСТАННІХ 1,5 РОКУ?*</b>	
% тих, хто мав проблеми зі здоров'ям протягом останніх 1,5 року	
До державної поліклініки, амбулаторії до лікаря загальної практики, терапевта, сімейного лікаря	70,5
До державної поліклініки, амбулаторії до вузького спеціаліста	23,3
Консультувався по телефону з сімейним лікарем	15,3
Лікувався самостійно	14,3
До стаціонару (державної лікарні)	7,5
До приватної поліклініки до вузького спеціаліста	6,3
До приватної поліклініки до лікаря загальної практики, терапевта, сімейного лікаря	4,8
Консультувався по телефону з вузьким спеціалістом	4,7
До приватної клініки	2,0
До народного цілителя	1,1
До остеопата	0,3
Інше	0,7
Важко відповісти	0,3

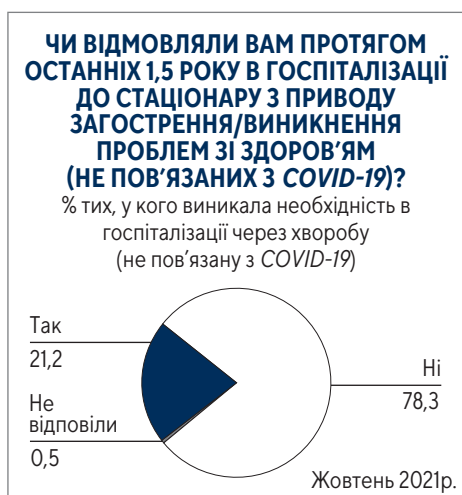
\*Респондентам пропонувалося відзначити всі прийнятні варіанти відповіді.

Жовтень 2021р.



30% українських громадян зазначили, що мають хронічні захворювання. Упродовж останніх 1,5 року 10% опитаних потребували госпіталізації через хворобу, не пов'язану з коронавірусом.

Серед респондентів, у яких виникла необхідність у госпіталізації через хворобу, не пов'язану з COVID-19, 21% опитаних мали досвід відмови в госпіталізації, а дещо менше третині (31%) респондентів відмовляли в госпіталізації, у випадку захворювання на COVID-19. Звісно, ми не можемо заявляти про загальну тенденцію





на підставі цих даних, але ці цифри свідчать про певні збої в організації медичної допомоги в період пандемії, не готовність системи охорони здоров'я ефективно реагувати на сучасні виклики. І це не лише проблема СОЗ в Україні. Дослідження показують, що з подібними проблемами стикнулися майже всі країни світу.

Офіційна статистика показує, що в перший рік пандемії в Україні різко впала загальна кількість госпіталізацій. Падіння відбулося за багатьма показниками: скоротилося число медпрацівників, звернень до лікарів, виїздів «швидкої». Скоріше за все, це є свідченням не стрімкого зміцнення здоров'я населення, а катастрофічної ситуації в системі охорони здоров'я України. Таким чином відбулося зменшення доступу до стаціонарної допомоги.

Так, у 2020р., порівняно з 2019р., лікувальних закладів в Україні зменшено на 34 одиниці (2,8%), кількість ліжок впала на 13 867, або на 5,6%<sup>27</sup>. Ці показники знизилися в усіх регіонах, і лише у Києві ліжок додалося на 176 одиниць. Лікарів у лікувальних закладах України поменшало на 3 140 (-3,56%), медперсоналу середньої ланки – на 15 275 осіб (-8,29%)<sup>28</sup>.

<sup>27</sup> Центр медичної статистики МОЗ України, <http://medstat.gov.ua/ukr/statdan.html>.

<sup>28</sup> Там само.



<b>ЛІКУВАЛЬНІ ЗАКЛАДИ УКРАЇНИ, од.</b>			
	<b>2019р.</b>	<b>2020р.</b>	<b>Зміни, %</b>
Кількість лікувальних закладів	1 220	1 186	-2,8
Кількість місць	246 260	232 393	-5,6
Чисельність лікарів	88 085,25	945,75	-3,6
Чисельність середнього медичного персоналу	184 223,75	168 948,50	-8,3

Водночас, число хворих, які поступили до лікувальних закладів України у 2020р., було набагато меншим, ніж у 2019р. У перший рік пандемії до лікарень України поступило на 2,3 млн. менше пацієнтів, ніж у 2019р. Падіння становило 31,5%. Зокрема, обласні лікарні прийняли на 33,35% менше пацієнтів, центральні районні лікарні – на 34,23%, міські лікарні – на 29,7%. Показник проведених пацієнтами в лікарнях ліжко-днів у 2020р. впав на 34%, порівняно з 2019р.<sup>29</sup> Таке зниження кількості госпіталізацій безпосередньо пов'язано з процесами реформування медичної сфери.

Зниження кількості госпіталізацій безпосередньо пов'язано із впливом пандемії. З початком карантину надійшло розпорядження МОЗ та Уряду тимчасово припинити госпіталізацію планових хворих<sup>30</sup>. Медустанови почали перепрофілювати під прийом пацієнтів із COVID-19. Згодом заборону на планову госпіталізацію пом'якшили, але потім у листопаді 2020р. знову заборонили планове лікування. Це не стосувалося хворих, яким була потрібна невідкладна допомога.

Початок пандемії коронавірусу в Україні збігся з черговим етапом медичної реформи. Тепер вона торкнулася вторинної ланки системи охорони здоров'я, а саме лікувальних закладів, які почали фінансуватися за договорами з Національною службою здоров'я України (НСЗУ) та тарифами за надану медпослугу.

Варто додати, що катастрофічні показники пов'язані не лише зі змінами вторинної ланки. Декларацію із сімейним лікарем мають близько

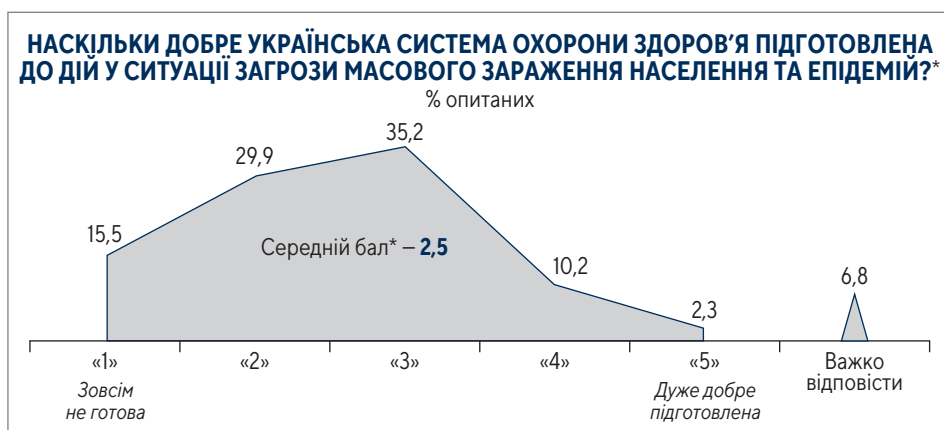
<sup>29</sup> Там само.

<sup>30</sup> Наказ Міністерства охорони здоров'я України «Тимчасові заходи у закладах охорони здоров'я з метою забезпечення їх готовності для надання медичної допомоги хворим на гостру респіраторну хворобу COVID-19, спричинену коронавірусом SARS-CoV-2» №698 від 23 березня 2020р., [https://moz.gov.ua/uploads/3/19644-dn\\_23032020\\_698\\_dod.pdf](https://moz.gov.ua/uploads/3/19644-dn_23032020_698_dod.pdf).

НАВАНТАЖЕННЯ НА ЛІКУВАЛЬНІ ЗАКЛАДИ				
	2019р.	2020р.	Зміни, од.	Зміни, %
Загалом поступило хворих, осіб у т.ч.:	7 414 775	5 079 153	-2 335 622	-31,5
до обласних лікарень	609 843	406 486	-203 357	-33,2
до центральних дільничних лікарень	2 521 524	1 658 370	-863 154	-34,2
до міських лікарень	2 112 230	1 484 580	-627 650	-29,7
Проведено хворими ліжко-днів	76 839 595	50 606 024	-266 233 571	-34,1

70% жителів України. Це означає, що потрапити на другий рівень надання допомоги без декларації громадяни можуть за власним зверненням, а це вже платно. Крім того, сімейні лікарі далеко не завжди є фізично доступними для своїх пацієнтів, які захотіли з ними підписати декларації. У самій медреформі зроблено акцент на гострий стан пацієнта, а профілактика і попередження захворювань відійшли на другий план або зовсім не розглядаються. Пацієнт опиняється у ситуації, коли отримати медичну допомогу нереально, якщо він не має невідкладного стану. **Фактично, ми можемо говорити про різке зменшення доступу громадян до стаціонарної допомоги.**

Тому не дивно, що майже 45% опитаних громадян вважають, що українська система охорони здоров'я не готова до серйозних викликів.



\* За п'ятибальною шкалою від 1 до 5, де «1» означає, що система охорони здоров'я зовсім не готова до таких ситуацій, а «5» – дуже добре підготовлена.

Жовтень 2021р.



## Сплата за медичні послуги

Наступним надзвичайно важливим, з точки зору універсального доступу до медичної допомоги, є питання фінансового тягаря для домогосподарств. Результати дослідження показали, що серед респондентів, які лікувались у стаціонарі останні 1,5 роки, 80% сплачували з власної кишені. При чому неофіційно – 39% респондентів. Якщо подивитися, за які саме спожиті медичні послуги сплачували опитані, то сумарно за обстеження сплачували 99,9% респондентів, за ліки – 93,2% респондентів.

### ЯКЩО ВИ ЛІКУВАЛИСЯ СТАЦІОНАРНО, ТО ЧИ СПЛАЧУВАЛИ ВИ ЗА ЛІКУВАННЯ?

% тих, хто лікувався у стаціонарі протягом останніх 1,5 року

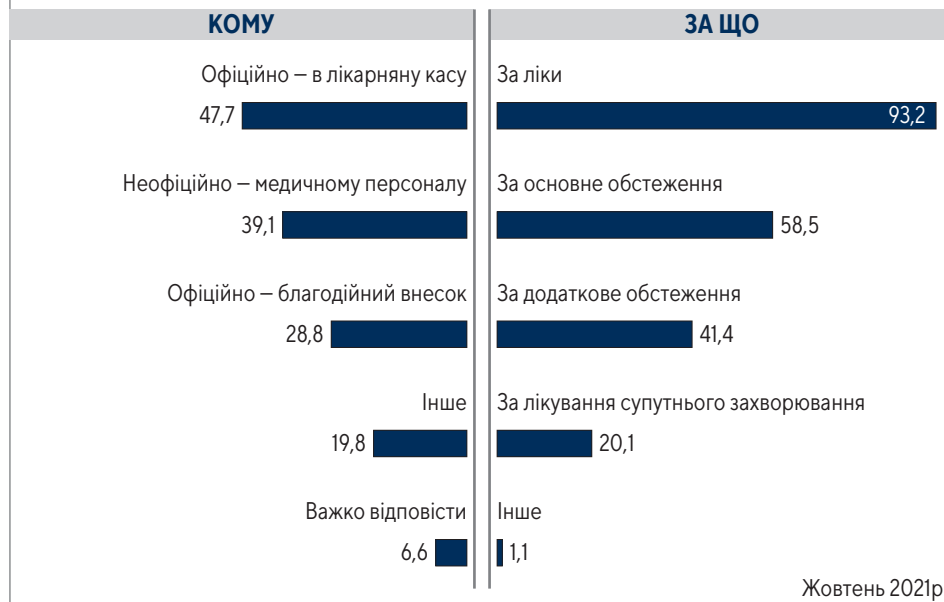


Жовтень 2021р.

Не відповіли – 0,5%

### ЯКЩО ВИ СПЛАЧУВАЛИ ЗА СТАЦІОНАРНЕ ЛІКУВАННЯ, ТО...?\*

% тих, хто лікувався стаціонарно протягом останніх 1,5 року і сплачував за лікування

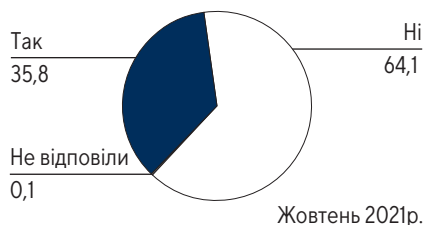


\* Респондентам пропонувалося відзначити всі прийнятні варіанти відповіді.

**Амбулаторна допомога.** Амбулаторна медична допомога забезпечується дещо краще: з 35,8% респондентів, які протягом останніх 1,5 року мали потребу в амбулаторній допомозі (з причин, не пов'язаних з COVID-19), відмову отримували лише 8,4% опитаних і 14,5% респондентів вимушені були відкласти візит до лікаря. На відмову від лікаря ПМД/сімейного лікаря вказали 3,5% респондентів. І хоча, здавалося, це дуже низький показник, адже, на думку представників ініціативи лікарів «*The Primary Health Care Performance Initiative*», потужна первинна медична допомога може забезпечити важливу «першу лінію» захисту для забезпечення безпеки і здоров'я населення та реагування на ситуацію з COVID-19<sup>31</sup>. Тож це вказує або на фізичну нестачу лікарів ПМД, або їх критичне навантаження у веденні ковідних хворих, або ж на неналежні організаційні механізми надання первинної медичної допомоги.

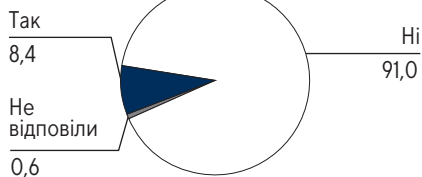
**ЧИ ВИНИКАЛА У ВАС НЕОБХІДНІСТЬ  
ЗВЕРТАТИСЯ ДО ПОЛІКЛІНІКИ ЧИ  
АМБУЛАТОРІЇ (З ПРИЧИН,  
НЕ ПОВ'ЯЗАНИХ З COVID-19)  
ПРОТЯГОМ ОСТАННІХ 1,5 РОКУ?**

% опитаних



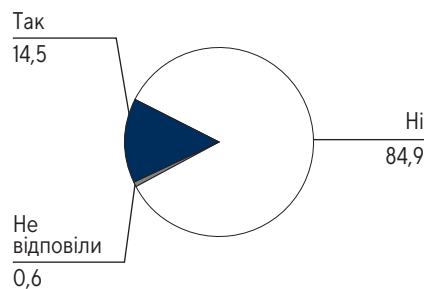
**ЧИ ВІДМОВЛЯЛИ ВАМ ПРОТЯГОМ  
ОСТАННІХ 1,5 РОКУ У ПРИЙОМІ В  
АМБУЛАТОРІЇ/ПОЛІКЛІНІЦІ З  
ПРИВОДУ ЗАГОСТРЕННЯ/ВИНИКНЕННЯ  
ПРОБЛЕМ ЗІ ЗДОРОВ'ЯМ?**

% тих, у кого виникла необхідність  
звертатися до поліклініки чи амбулаторії  
(з причин, не пов'язаних з COVID-19)

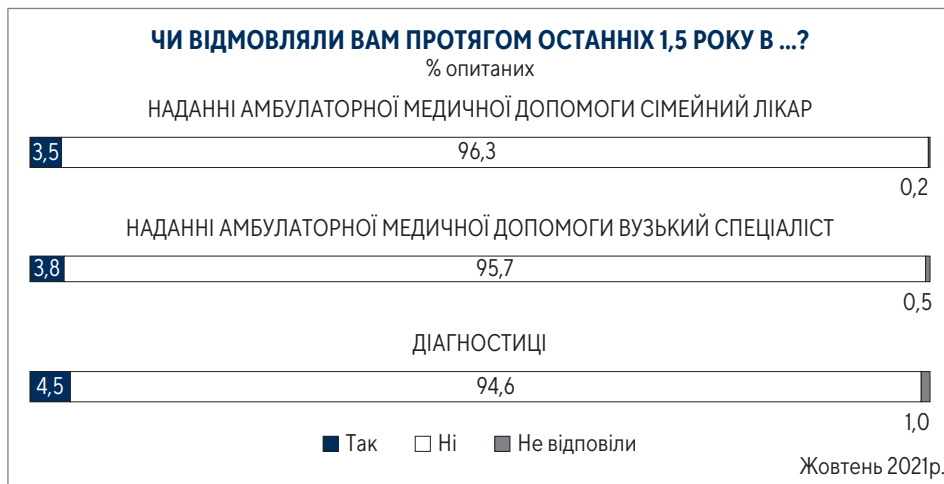


**ЧИ ВИМУШЕНІ ВИ БУЛИ  
ПРОТЯГОМ ОСТАННІХ 1,5 РОКУ  
ВІДКЛАСТИ ВІЗИТ ДО ЛІКАРЯ?**

% опитаних

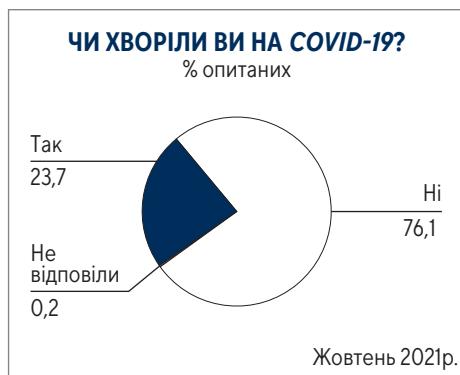


<sup>31</sup> Key Messages: The Role of Primary Health Care in COVID-19 Response & Recovery, [https://improvingphc.org/sites/default/files/COVID19%20and%20Primary%20Health%20Care\\_Key%20Messages](https://improvingphc.org/sites/default/files/COVID19%20and%20Primary%20Health%20Care_Key%20Messages).



### Медична допомога хворим на COVID-19

Наступний блок питань стосувався організації медичної допомоги хворим на COVID-19. 23,7% опитаних зазначили, що хворіли на COVID-19. 15,4% тих, хто хворів на коронавірус, відповіли, що лікувалися стаціонарно, 63,9% — амбулаторно (в домашніх умовах під наглядом лікаря), а 20,3% — займалися самолікуванням без консультації з лікарем.

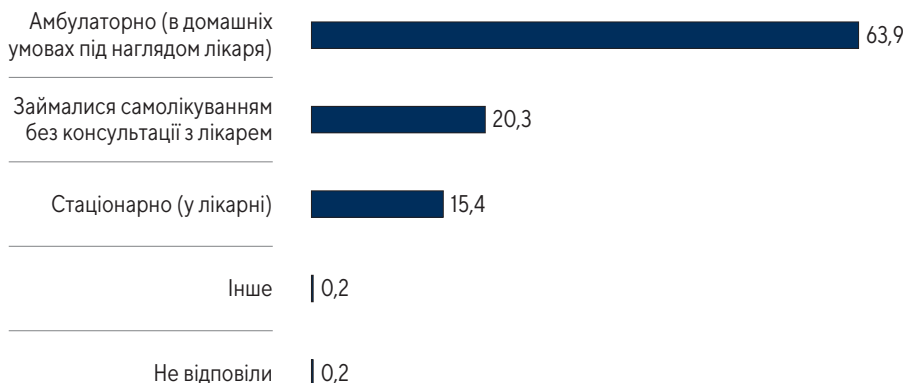


Останній показник свідчить про неналежну логістику у веденні ковідних пацієнтів (про що йшлося вище): від встановлення діагнозу, розслідування ланцюга поширення та реальної статистичної картини перехворілих.

Щодо фінансового тягаря, то 56% з тих, хто хворів на COVID-19 і лікувалися амбулаторно (в домашніх умовах під наглядом лікаря), сплачували з власної кишені: 88% — за лікування, 40% — за діагностику і 13% — додатково сплачували лікарю/медсестрі.

**ЯК ВИ ЛІКУВАЛИСЯ ВІД COVID-19?**

% тих, хто хворів на COVID-19



Жовтень 2021р.

**ЯКЩО ВИ ЛІКУВАЛИСЯ ВІД COVID-19 АМБУЛАТОРНО (В ДОМАШНІХ УМОВАХ ПІД НАГЛЯДОМ ЛІКАРЯ), ЧИ СПЛАЧУВАЛИ ЗА ЛІКУВАННЯ?**

% тих, хто хворів на COVID-19 і лікувався амбулаторно

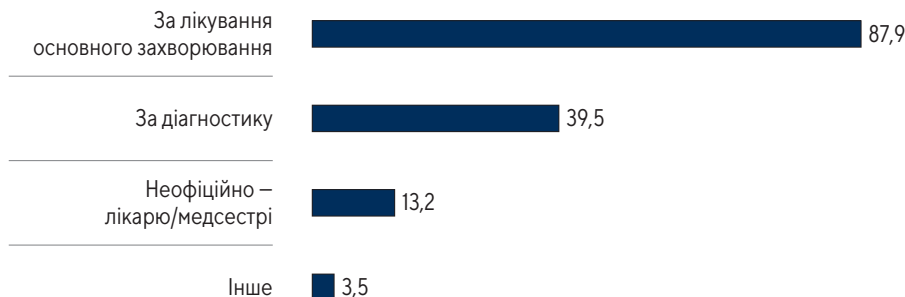


Не відповіли – 0,8

Жовтень 2021р.

**ЯКЩО ТАК, ТО ЗА ЩО ВИ СПЛАЧУВАЛИ?\***

% тих, хто хворів на COVID-19, лікувався амбулаторно і сплачував за лікування



Жовтень 2021р.

\* Респондентам пропонувалося відзначити всі прийнятні варіанти відповіді.



Як квінтесенція усіх результатів опитування, які показали системні збої в організації та наданні медичної допомоги як хворим на *COVID-19*, так і хворим на інші (не пов'язані з *COVID-19*) хвороби – відповіді респондентів щодо найбільш дієвих (на їх думку) способів боротьби з розповсюдженням коронавірусу.

На початку пандемії виник консенсус стосовно того, що вакцинація є остаточним рішенням для реалізації надій людства на профілактику захворювань, колективний імунітет та повернення до нормального життя. Тому людство з великим інтересом, очікуванням і надією спостерігало за тим, як різні програми розробки вакцин стартували в усьому світі з метою створення вакцин, які довели свою ефективність, рентабельність і здатність отримувати схвалення регулюючих органів у рекордно стислі терміни.

Наука та наукові спільноти знайшли підхід до, здавалося б, невиконуваного завдання, оскільки кілька вакцин завершили випробувальні етапи до перших роковин оголошення ВООЗ про пандемію *COVID-19*. Проте цей швидкий прогрес на науковому фронті був обтяжений серйозною проблемою сучасності – інфодемією<sup>32</sup> в епоху соціальних мереж. Контрнаукова, псевдонаукова інформація, теорія змови розмили уявлення суспільства про хворобу, спотворили розуміння профілактичних заходів та серйозно підірвали ставлення громадськості до програм вакцинації.

Відмова від вакцинації була внесена ВООЗ до 10 загроз глобальному здоров'ю у 2019р. Експерти ВООЗ визначили найпоширеніші причини відмови: впевненість у тому, що хвороба обійде їх стороною, недоступність вакцин, а також брак довіри<sup>33</sup>.

Майже кожному відомо, що щеплення, як частина комплексу запобіжних заходів, запобігає виникненню та розповсюдженню багатьох інфекційних захворювань. Разом з тим, антищеплювальні кампанії періодично проходять у всьому світі, в період пандемії особливо була поширена така діяльність в Інтернеті, соціальних мережах, що суттєво вплинуло на думку громадян.

<sup>32</sup> Поширення неправдивої інформації та відомостей, що впливає на громадську думку.

<sup>33</sup> ВОЗ: десять угроз общественному здравоохранению в 2019 году. – Новости ООН, 30 декабря 2019г., <https://news.un.org/ru/story/2019/01/1348082>.

За результатами опитування травня 2021р., 43% громадян не мали намірів вакцинуватися<sup>34</sup>. Серед причин відмови від вакцинації 31% — називали недостатню ефективність і безпечність вакцин, що використовуються в Україні, 30% — вважали, що ризики від вакцинації перевищують ризики від самої хвороби.

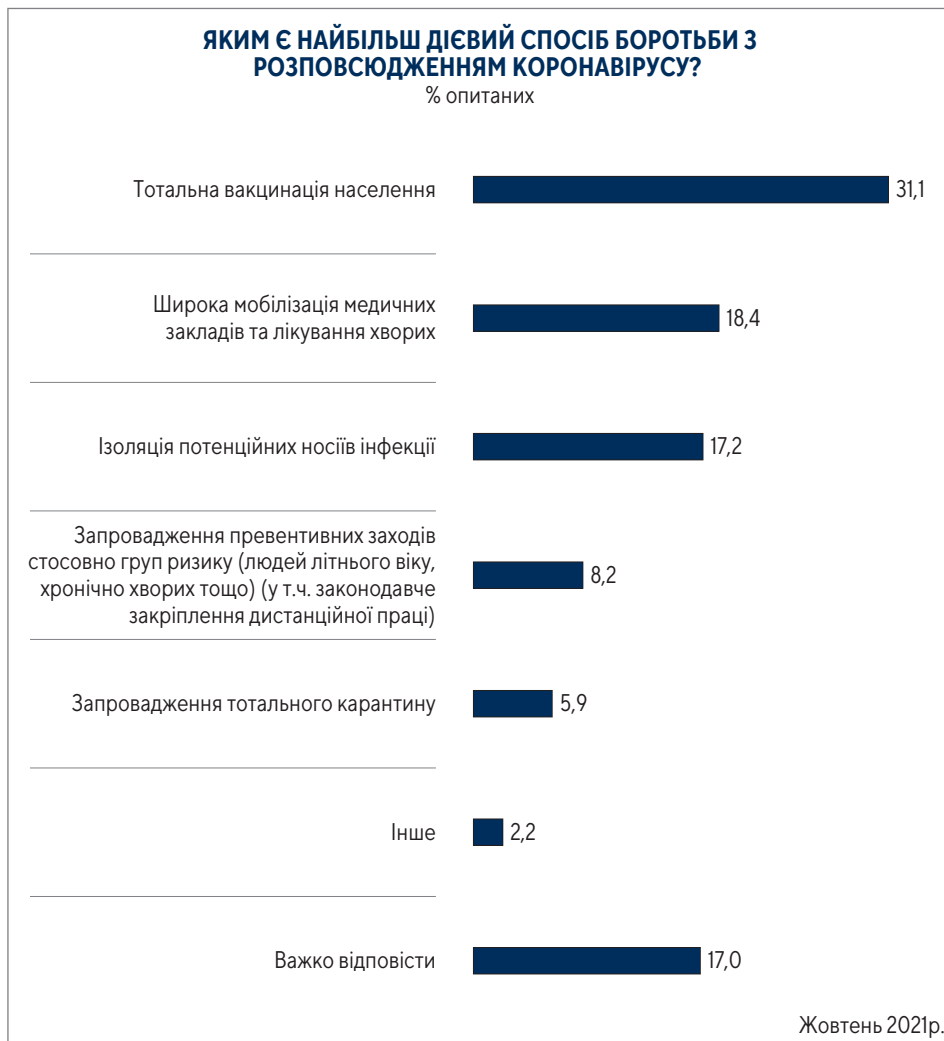
<b>ГОЛОВНА ПРИЧИНА ВІДМОВИ ВІД ЩЕПЛЕННЯ ВІД КОРОНАВІРУСУ COVID-19,</b> % тих, хто не має наміру робити щеплення від коронавірусу	
Вважаю, що вакцини, які застосовуються в Україні, недостатньо ефективні чи безпечні, якоюсь іншою вакциною я зробив би щеплення	31,4
Вважаю, що ризики від вакцинації перевищують ризики від самої хвороби	29,9
Я вже перехворів на коронавірус	14,6
Маю медичні протипоказання	11,6
Вважаю, що імовірність того, що я захворію на COVID-19, дуже низька	7,5
Інша причина	3,3
Важко відповісти	1,7

Травень 2021р.

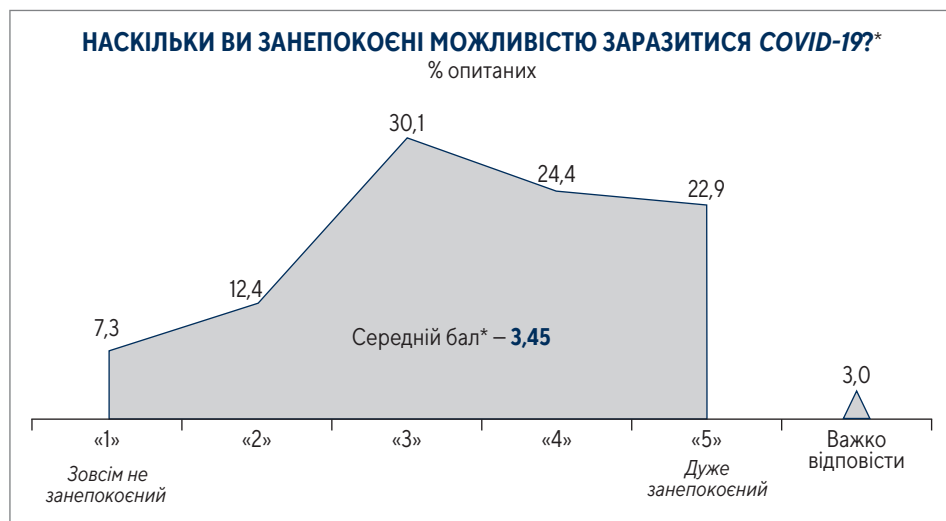
Не дивлячись на активну інформаційну кампанію з вакцинації з боку Уряду, станом на жовтень 2021р., лише 31% опитаних громадян вважають, що найбільш дієвим механізмом є тотальна вакцинація населення. 18% — вважають, що боротися з розповсюдженням коронавірусу може допомогти лише широка мобілізація медичних закладів та лікування хворих. 17% — згодні вдаватися до заходів ізоляції потенційних носіїв інфекції (діаграма «Яким є найбільш дієвий спосіб боротьби з розповсюдженням ...?», с.182).

Скоріше за все, саме брак достовірної повної інформації, з одного боку, а з іншого — високий рівень недовіри до офіційних посадових осіб, впливає на рівень довіри і до розроблених у світі вакцин.

<sup>34</sup> Докладніше див. підрозділ «Інформаційне забезпечення антикризової політики» розділу 2 цієї доповіді.



Змінні, які виявилися значущими, відбивають страх чи відсутність страху перед хворобою *COVID-19*, віру чи невіру в те, що пандемія є фальшивою чи переоціненою, сильний чи слабкий інтерес до отримання інформації. Так, можливість захворіти на *COVID-19* громадянами оцінюється у середньому на 3,45 балу. При тому, що більше половини опитаних українців відповіли, що їх родичи або друзі вже хворіли.

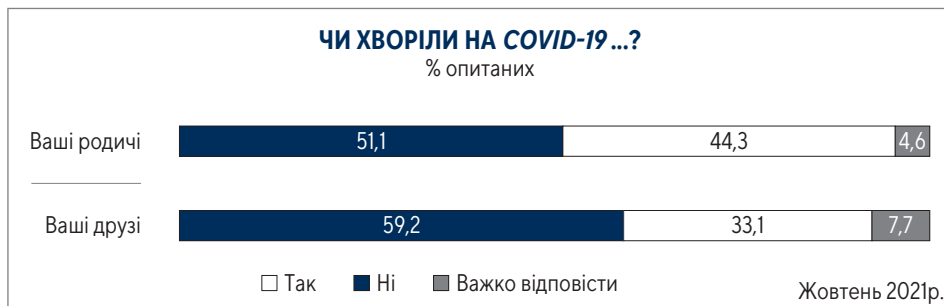


\* За п'ятибальною шкалою від 1 до 5, де «1» означає, що зовсім не занепокоєний, а «5» – дуже занепокоєний.

Жовтень 2021р.



Жовтень 2021р.



Таким чином, результати опитування показали, що організація СОЗ в умовах пандемії COVID-19 є посередньою, як з точки зору лікарів ПМД, так і на думку населення.

Аналогічні тенденції стосуються і комунікації МОЗ, НСЗУ, органів місцевого самоврядування, ДОЗ. Це, безумовно, впливає на «довіру» до інформації, що надходить з офіційних джерел.

Під наглядом сімейних лікарів перебувають різні категорії пацієнтів з COVID-19 (різної складності і перебігу захворювання). Респонденти-лікарі вказували на дефіцит медичних кадрів. Це опосередковано підтверджено й відповідями громадян – на відмову надавати медичну допомогу від лікарів ПМД вказували 3,5% респондентів, що, найімовірніше, пов'язано саме з фізичним перенавантаженням лікарів або нестачею кадрів (хоча це питання потребує окремого дослідження). Крім того, свідченням перенавантаження лікарів є відповіді українців на питання про відвідування або зв'язок хворих на коронавірус із сімейними лікарями (діаграми «Якщо Ви хворіли на COVID-19 і лікувалися амбулаторно...?», с.185).

Кампанія з популяризації вакцинації населення від COVID-19 є невдалою, про що свідчить те, що лише 31% опитаних вважають, що найбільш дієвим механізмом боротьби з пандемією є тотальна вакцинація населення. Одним з інструментів підсилення цього завдання є більше залучення лікарів ПМД до кампанії з популяризації вакцинації, адже саме практикуючі лікарі ПМД належать до категорії, кому переважно довіряють громадяни.



Жовтень 2021р.

За результатами дослідження (огляду наукової літератури, статистичної інформації та результатів опитування) встановлено, що урядами більшості країн світу розроблено та запроваджено політики щодо послуг, які надаються постачальниками ПМД у зв'язку з пандемією COVID-19.

Переважна більшість експертів та дослідників вказують на недостатність уваги наданню основних послуг, не пов'язаних з COVID-19, на рівні ПМД, що призвело до:

- ✓ зниження обсягу такої медичної допомоги, особливо пацієнтам, які мають хронічні захворювання;
- ✓ зменшення доступу до первинної медичної допомоги;
- ✓ погіршення управління усіма проблемами здоров'я населення на рівні ПМД;
- ✓ заходи COVID-19 щодо фізичного дистанціювання, карантинних обмежень та локдауну впливають на соціальне життя, створюючи тим самим нові проблеми зі здоров'ям.

Пандемія є не просто проблемою для СОЗ, а тісно переплітається з політичними, соціальними та економічними проблемами, які вимагають комплексу заходів, тому посилення СОЗ не лише зменшить вплив COVID-19 на здоров'я і добробут мільйонів людей, але й обмежить сприйнятливність до наступної пандемії.