



USAID Health Reform Support

Contract number: 72012118C00001

Contractor name: *Deloitte Consulting, LLP*

Name of the USAID Contracting Officer's Representative: *Paola Pavlenko (USAID/ Ukraine)*

Publication or issuance date of the document: *03.30.20*

Document title (in English): *Assesment of PHC providers' and patients' behavior after implementation of capitation*

Development objective/ activity title and associated number: *2.2. Finalize the study on providers' and patients' behavior under new PHC financing model (capitation) and produce report*

Language of the document: *Ukrainian*



ОЦІНКА ПОВЕДІНКИ ПРОВАЙДЕРІВ ПЕРВИННОЇ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ ТА ПАЦІЄНТІВ ПІСЛЯ ЗАПРОВАДЖЕННЯ КАПІТАЦІЇ

Подяки

З 2019 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, 2019). 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, 2019.

ЗМІСТ

ПЕРЕЛІК СКОРОЧЕНЬ	5
ТЕРМІНОЛОГІЯ	6
1. РЕЗЮМЕ	8
2. ВСТУП	11
2.1. Опис ситуації та необхідність проведення оцінки	11
2.2. Напрямки дослідження	12
2.3. Зміст звіту	12
3. МЕТОДОЛОГІЯ	15
3.1. Дослідницькі питання	15
3.2. Використані дані та формування вибірки	17
3.3. Обмеження дослідження	20
4. АНАЛІЗ РЕЗУЛЬТАТІВ	23
4.1. Оцінка обсягу споживання послуг ПМД через вимірювання кількості та тривалості відвідувань пацієнтами лікаря/відвідувань лікарем пацієнтів	23
4.1.1. Оцінка структури споживання послуг ПМД	23
4.1.2. Відмінності в структурі споживання послуг відповідно до організаційної та територіальної ознаки надавача ПМД	31
4.1.3. Порівняння кількості та структури пацієнтів за даними дослідження та офіційної статистики. Відмінності навантаження між типами закладів.	37
4.2. Оцінка кількості направлень та виявлення найпоширеніших практик роботи лікарів ПМД щодо направлень	38
4.2.1. Оцінка кількості та структури направлень	38
4.2.2. Визначення факторів впливу на застосування направлень відповідно до діагнозів та характеристик пацієнтів	42
4.3. Оцінка якості надання медичних послуг за 3-ма основними діагнозами: гіпертонія, бронхіальна астма, діабет	45
4.3.1. Характеристика пацієнтів	45
4.3.2. Перебіг захворюваності, головні та супутні діагнози	48
4.3.3. Повнота надання послуг та якість лікування	55
4.4. Узагальнення досвіду лікарів ПМД щодо надання медичних послуг пацієнтам після запровадження капітації: бажані та небажані зміни	66
4.4.1. Описова характеристика лікарів ПМД	66
4.4.2. Розуміння трудових відносин та системи оплати. Задоволеність роботою та запровадженням капітації	69

4.4.3. Структура робочого часу, організація праці.....	70
4.4.4. Взаємодія з пацієнтами	73
4.4.5. Професійний рівень та удосконалення навичок.....	74
4.4.6. Аналіз рекомендацій та побажань лікарів	76
4.4.7. Визначення індикаторів впливу на задоволеність лікарів.....	77
4.5. Узагальнення досвіду головних лікарів закладів ПМД щодо управління закладом ПМД після запровадження капітації.....	79
4.5.1. Описова характеристика головних лікарів закладів ПМД.....	79
4.5.2. Задоволеність роботою та запровадженням капітації.....	81
4.5.3. Основні зміни в організації роботи закладу після введення капітації та рекомендації удосконалення системи капітаційного фінансування	81
4.5.4. Достатність, професійний рівень та удосконалення навичок лікарів.....	82
4.5.5. Управлінський потенціал головних лікарів	83
4.6. Узагальнення досвіду пацієнтів щодо споживання послуг ПМД та практики надання послуг ПМД після запровадження капітації.....	84
4.6.1. Оцінка загальної якості, доступності, своєчасності, сучасності ПМД.....	85
4.6.2. Оцінка лікарської професійності	87
4.6.3. Оцінка змін після запровадження капітації	88
4.6.4. Аналіз рекомендацій та побажань пацієнтів	89
4.7. Огляд та аналіз даних щодо організаційної та матеріальної спроможності закладів ПМД надавати повний обсяг послуг ПМД (фінансові, адміністративні та операційні дані). 90	90
4.7.1. Організаційний потенціал надання ПМД. Відмінність типів закладів.	90
4.7.2. Аналіз фінансових показників діяльності закладів ПМД	101
4.7.3. Аналіз матеріального забезпечення та відповідності нормативам. Реформування та інвестиційна діяльність	104
5. ВИСНОВКИ	110

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 медично санітарної допомоги

ТЕРМІНОЛОГІЯ

Територія доступності (далі – ТД) – сукупність територій населених пунктів в межах однієї території планування, відстань та 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/моно-практики регулярне місце надання ПМД не менше ніж двома (одним для моно-практики) лікарями, розташоване в межах центральної ТД або периферійної ТД першого порядку.

Загальна тривалість часу прийомів – чистий денний час, протягом якого лікар проводив прийом пацієнтів. Визначається, як сума тривалості всіх проведених за день прийомів. Не включає проміжки між прийомами та інші затримки.

Поліклініка – у межах 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 – усі типи закладів, котрі надають первинну медичну допомогу та мають договір з Національною службою здоров'я України (НСЗУ).

Користувач ПМД – особа (пацієнт) котрий має декларацію на медичне обслуговування з відповідним закладом первинної медичної допомоги.

ЦПМСД – регулярне місце надання ПМД не менше ніж сімома лікарями, розташоване в межах центральної ТД.

РЕЗЮМЕ

1. РЕЗЮМЕ

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

В середньому лікарі ведуть прийом пацієнтів протягом 4,5 годин на день та приймають 20,6 пацієнтів. Середня тривалість візиту одного пацієнта становить 13 хвилин. Не існує значущої різниці у кількості прийнятих пацієнтів одним лікарем ПМД в залежності від типу закладу. Більшість пацієнтів - це жінки, їх частка у загальній кількості пацієнтів складає від 61% до 66% в залежності від типу закладу. Доступ до ПМД мають всі категорії населення, в тому числі і вразливі 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 із основних вимог Всесвітньої організації сімейних лікарів (WONCA) щодо одночасного лікування як гострих, так і хронічних захворювань та станів. В середньому за рік 69% пацієнтів отримували 10 і більше послуг ПМД (під послугою розуміється звернення до лікаря, вакцинація, здача аналізів, отримання рецептів та довідок тощо). Пацієнти, загалом, позитивно оцінюють роботу лікарів.

В середньому один лікар ПМД робить 15 направлень до спеціалістів на кожні 100 прийомів пацієнтів. Найбільший 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 кадрова ситуація є у лікарнях: лише 33% закладів даного типу повідомили про проблеми з відсутністю медичного персоналу. В той же час лікарі, в цілому, задоволені своєю роботою (78,5%) та відзначають, що задоволеність збільшилася після введення капітації (71,1%). В середньому кожен лікар виконує до 10 візитів до місць проживання пацієнтів на 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 взаємовідносин 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".

В 2018 році ЦПМСД, амбулаторії та поліклініки вже почали отримувати кошти від НСЗУ (25%, 20% та 7% відповідно у структури всіх доходів закладу). В 2019 році у всіх закладах ПМД основним джерелом доходів були кошти отримані від НСЗУ: лікарні – 92%, ЦПМСД – 84%, амбулаторії – 92% та поліклініки – 51%. Місцеві програми також продовжують грати важливу роль у фінансовій підтримці функціонування амбулаторій (22%), в той час як для ЦПМД (12%), поліклінік (15%) та лікарень (7%) значення місцевих програми зменшилося. Відбулися певні зміни у структурі видатків закладів ПМД. Найбільшу питому вагу займають видатки на оплату праці. Для фонду оплати праці характерним є скорочення частки оплати медсестр та збільшення частки оплати лікарів. Якщо 2018 році частка витрат на оплату праці медсестр у фонді оплати праці була основною статтею видатків і складала 39-47%, то в 2019 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 з задоволеністю пацієнтів та лікарів ПМД. Дослідження показало, що існують відмінності у вартості (витратах) одного візиту як у розрізі типів закладів ПМД, так і за типами населених пунктів, де розміщені ці заклади. У розрізі типів закладів ПМД найдешевша вартість одного прийому у лікарнях та амбулаторіях, як за поточними (108 та 123 грн відповідно), й за загальними витратами (127 та 130 грн відповідно). Трохи дорожчою є вартість візиту у ЦПМСД: 140 та 154 грн відповідно. Найбільша вартість одного прийому в поліклініках (203-181 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 котрим підписана декларація про медичне обслуговування. Така модель фінансування покладає на заклад ПМД ряд 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 призведе до зменшення виявлення складних випадків на пізніх стадіях; це, у свою чергу, знизить кількість випадків, які потребують ресурсоємного 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.

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

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

Це дослідження дозволяє описати та проаналізувати надання послуг в 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, їх якості та доступності. У дослідженні оцінюється обсяг споживання послуг ПМД та їх 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 включені до програми «Доступні ліки»: гіпертонічна хвороба; цукровий діабет; бронхіальна астма.

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

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

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

2.2. Напрямки дослідження

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

- обсягу використання послуг ПМД з точки зору кількості відвідувань і часу відведеного на одне 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) – гіпертонічна хвороба, бронхіальна астма та цукровий діабет;
- досвіду лікаря з введенням капітаційної оплати, описуючи позитивні і негативні стимули, щоб більше розуміти поведінку провайдера ПМД - які сприймаються поліпшення і супутні наслідки;
- досвіду користувачів ПМД (пацієнтів) в 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

В третій частині звіту описано інструменти, котрі використовувались для збору інформації про діяльність закладів ПМД, роботу лікарів, опитування пацієнтів. Також там подано загальну характеристику вибірки закладів з яких отримані дані.

Четверта частина, основна, поділена таким чином, щоб кожний підрозділ надавав найбільше інформації про відповідну ціль дослідження відповідно до наведеного вище переліку.

Наприкінці звіту зроблено висновки, котрі можуть бути враховані при прийнятті рішень щодо змін та удосконалення політики реформування системи первинної медичної допомоги.

МЕТОДОЛОГІЯ

3. МЕТОДОЛОГІЯ

Відповідно до вищезгаданих напрямків дослідження, аналіз ситуації проведений на основі зібраної інформації від трьох джерел інформації:

- 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 до розроблених окремих для кожної групи респондентів опитувальників були додані схожі запитання. Такий підхід був обраний через значні проблеми з наявністю та якістю даних, через те, що ресурси системи електронної охорони здоров'я в даний час обмежені.

В процесі дослідження були проведені опитування окремо з лікарями первинної ланки, головними лікарями закладів ПМД. Додатково було проведено інтерв'ювання пацієнтів на виході з закладів ПМД. Для отримання інформації щодо навантаження лікарів був зроблений хронометраж роботи лікарів. Фінансові дані були отримані від закладів у вигляді офіційних відповідей на запит інформації для цього дослідження. Дані щодо інфраструктури та практики надання послуг ПМД збиралися через запити та прямі спостереження інтерв'юєрів.

3.1. Дослідницькі питання

Це дослідження сфокусоване на наступних шести питаннях.

1. Вимірювання використання послуг ПМД за кількістю відвідувань та часом відведеним на одне відвідування.

Використовуючи інформацію з хронометражу про час, а також кількість пацієнтів, планувалось надати описову статистику та визначено відмінності у використанні ПМД у сільських та міських закладах, в різних географічних регіонах, а також різних форм закладів (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), а також зі сторони пацієнта (причини відвідування, соціальні -демографічні характеристики, приналежність 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 (гіпертонія, астма та діабет).

Планувалось зібрати інформацію з медичних карток пацієнтів із закладів для трьох обраних діагнозів (гіпертонія, астма та діабет) та 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 знаходиться 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.

4. Вивчення досвіду лікарів з веденням капітаційної оплати, опис позитивних та негативних стимулів та поведінки провайдера послуг ПМД. Визначити покращення та непередбачувані наслідки.

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. Планувалось використати регресійний аналіз, щоб визначити, які фактори пов'язані з більшим задоволенням від реформи. Використовуючи дані опитувань, планувалось порівняти рівень задоволеності лікарів та головних лікарів.

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

Під час інтерв'ю отримати від пацієнтів оцінку змін після реформи за різними аспектами (якість обслуговування, зручність, особисте відношення 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. Проаналізувати спроможність провайдерів ПМД щодо надання медичних послуг з точки зору структури, процесу та бюджету. Зібрати структурну інформацію про заклади ПМД (людські ресурси, обладнання, інфраструктуру, доступ для пацієнтів з обмеженими можливостями тощо), організаційну (адміністративні процедури, плани якості, робочі часи) та фінансову інформацію (загальний бюджет та видатки, структура надходжень).

Для вирішення 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 згруповані відповідно до джерел походження:

А) ЦПМСД (Амбулаторії)

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

На час проведення дослідження за даними НСЗУ було підписано договори з 1026 закладами ПМД, які функціонували у 453 сільських територіях, 278 міських та 295 змішаних.

До вибірки дослідження потрапили 163 заклади з зазначених 1026 з усіх регіонів України. Заклади були обрані випадковим чином та мають не менше 2000 декларацій кожен. Ми припустили, що 15% з усієї кількості закладів покращать свій результат діяльності після впровадження капітаційної оплати, 5% знизять ефективність, а усі інші не покажуть змін в результатах діяльності. Отже для достовірного аналізу нам потрібно використати інформацію від 155 закладів для даного дослідження. До цієї кількості було додано 5% додаткових закладів, для зменшення ризику коли відібрані заклади не зможуть надати інформацію.

З усіх обраних 163 закладів були зібрана інформація для усіх компонентів дослідження. Дані зібрані двома підходами.

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

- робочих годин закладу;
- відповідності присутності заявленої кількості лікарів у відповідний день/час;
- можливі способи реєстрації/запису на прийом до лікаря за допомогою інтернету, телефону тощо;
- інфраструктурних зручностей, в тому числі для мало мобільних груп населення;
- провели хронометраж робочого часу лікарів під час прийому ними пацієнтів у закладі;

Всі ці відомості, з деталізацією характеристик, які повинні бути перевірені, були включені в інструмент (анкету) для збору даних. Було проведене попереднє тестування інструментів в трьох закладах на територіях трьох областей, які в подальшому не були включені в сформовану вибірку закладів. Інтерв'юери працювали принаймні один повний робочий день у кожному закладі ПМД.

Другий підхід збору даних полягає в зборі даних на основі офіційних запитів безпосередньо до закладів ПМД та частково до місцевих органів влади (власників закладу). Таким чином були отримані дані про:

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

Також були використані різного роду уточнюючі дані з відкритої бази даних сайту НСЗУ.

Б) Лікарі ПМД та керівники закладів

Були проведені 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, і ставлення до механізму капітаційної оплати та інше.

Кінцеві респонденти (лікарі) були визначені випадковим чином під час візиту у заклад. У кожному з обраних 163 закладів, було взяте інтерв'ю в одного керівника та одного лікаря, який працював в день візиту.

Під час проведення інтерв'ю з лікарями, їм ставилися запитання про їх роботу і взаємодію з пацієнтами. Таким чином, перелік питань анкети охоплював такі теми:

- процес прийняття рішень про направлення пацієнтів до закладу/спеціаліста СМД;
- практика стимулювання громадян для підписання декларації;
- практика надання пацієнтам особистої контактної інформації (телефон, адреса електронної пошти);
- практика відвідувань пацієнтів на дому;
- 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 зміни, 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 були знеособлені і містять тільки вік та стать. Всього було зібрано записів з 1470 медичних карток. По кожному пацієнту була зібрана інформація за 3 останні візити до відповідного лікаря ПМД. Записи були досліджені 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 була зосереджена на вивченні їх управлінської спроможності та досвіду. Керівники закладів ставилися питання, які допомагали виявити зміни в функціонуванні закладів ПМД, які 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 рекомендації тощо;
- сприйняття керівниками змін, які відбулися після впровадження капітаційної оплати, в тому числі можливих поліпшень до і 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-план закладу ПМД.

В) Пацієнти

На цьому рівні були опитані пацієнти на виході з закладів ПМД (екзит-пол). Всього було опитано 2134 пацієнтів. В середньому у кожному закладі опитано по 13 осіб різної вікової категорії, які були обрані випадковим чином.

В ході інтерв'ю задавались питання до пацієнта про його/її останній візит та отримані послуги. Оцінювався досвід пацієнта з отриманням медичної допомоги первинного рівня після впровадження механізму капітаційної оплати.

У разі дітей інтерв'юер опитував батьків (або інших представників).

Також були задані питання щодо приналежності пацієнтів до уразливих груп (люди з інвалідністю, безхатченки, ветерани АТО тощо). Ці питання в анкеті допомогли нам визначити наявність вразливих точок в системі ПМД для таких груп пацієнтів. В цьому ж модулі містилися питання про типи захворювань. Крім того, були і інші теми в анкеті, наприклад, як:

- доступність ПМД (в робочі та позаробочі години);
- соціально-демографічні характеристики респондентів;
- час очікування у черзі;
- інформація про отримані направлення;
- можливість запису до лікаря за допомогою Інтернет, телефону тощо;
- можливість отримати зворотній 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 наступні наявні обмеження:

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

В ході дослідження були використані різні підходи для зменшення впливу вказаних вище обмежень. Наприклад, була використана методика тріангуляції і задані однакові питання до різних типів респондентів. Крім того, при проведенні інтерв'ю акцентувалась увага респондентів, що всі відповіді є повністю анонімними, і будуть використані тільки в агрегованому вигляді - таким чином, неможливо з'ясувати, хто дав 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 була визначена кількість лікарів у закладах ПМД, як загальна, так й за зміну, а також оцінено тривалість, кількість та загальний час прийому лікарями ПМД. Заклади у вибірці суттєво відрізняються за кількістю лікарів від 1 (21,1%) до 6 і більше (31,6%) (**Рисунок 1**). Майже половина лікарів протягом робочого дня проводять від 10 до 20 прийомів (49,3%), в той час як 35,5% лікарів проводять від 20 до 30 прийомів (**Рисунок 2**). В середньому при 8-ми годинній тривалості робочого дня лікаря, лікар приймає 20,6 пацієнтів (9 годинній роботі – 21,7 пацієнтів, 10 годинній – 19,7 пацієнтів).

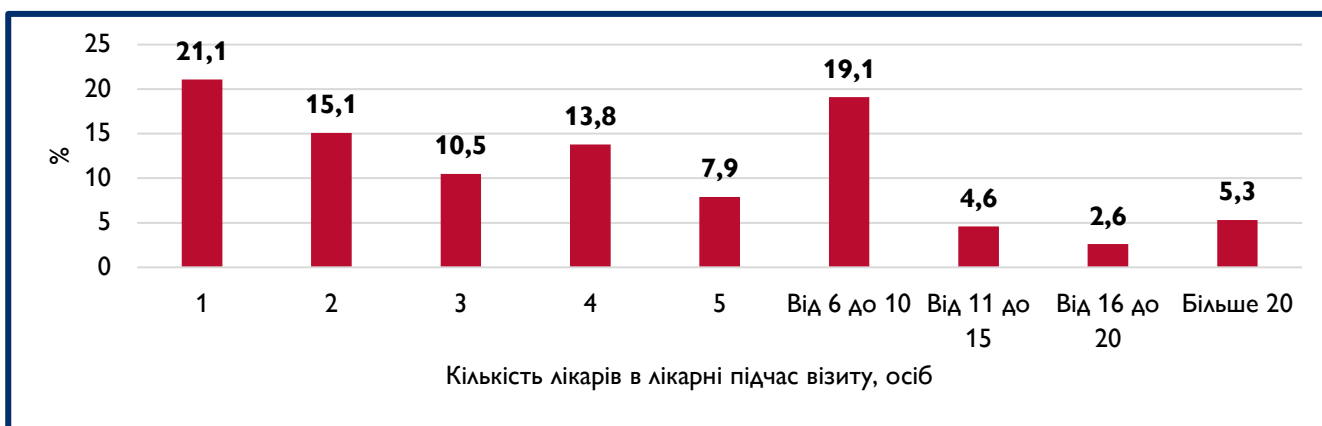


Рисунок 1. Розподіл кількості лікарів ПМД підчас візиту до закладу

Джерело: обстеження “Хронометраж”



Рисунок 2. Розподіл кількості пацієнтів, прийнятих лікарем ПМД протягом робочих годин

Джерело: обстеження “Хронометраж”

Середня тривалість прийому одного пацієнта становить від 12 до 15 хвилин (30,9%) та від 9 до 12 хвилин (30,3%) (**Рисунок 3**) – це відповідає опитуванням лікарів (обстеження “Сімейні лікарі”). Питома вага коротких прийомів (до 9 хвилин) становить 19,1%, а дуже довгих (понад 18 хв) – 5,3% від їхньої загальної чисельності. При цьому, загальна тривалість часу прийомів лікаря ПМД в день складає переважно від 4 до 5 годин (26,3%) або від 3 до 4 годин (25,7%). Частка лікарів, які мають дуже короткий загальний час прийому, менше 3 годин, становить 3,3%, в той час, дуже довгий (більше 6 годин в день) – 8,6% (**Рисунок 4**).

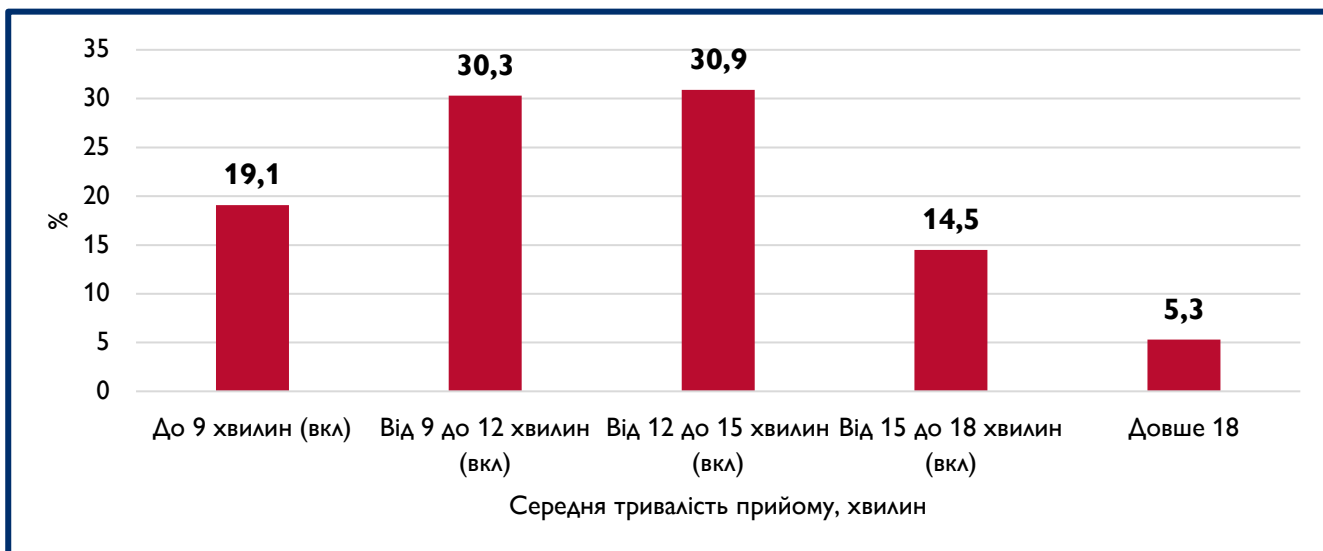


Рисунок 3. Розподіл середньої тривалості часу прийому пацієнтів на 1 лікаря

Джерело: обстеження “Хронометраж”

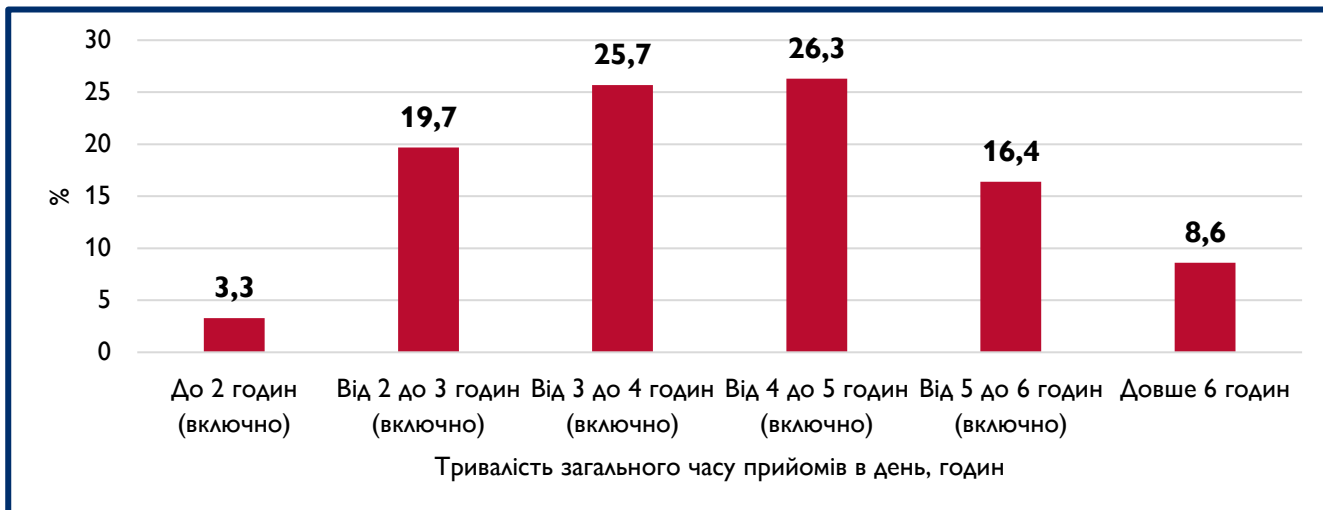


Рисунок 4. Розподіл тривалості загального часу прийомів лікаря

Джерело: обстеження “Хронометраж”

Встановлено відмінності навантаження лікарів ПМД, в залежності від дня тижня (**Рисунок 5**). Найбільше пацієнтів одним лікарем приймається в понеділок (22,1 особи), на другому та третьому місці п'ятниця (21,5 особи) та серeda (21,2 особи). Найменше пацієнтів приймається в четвер (19,5

особи). Така ситуація може бути пов'язана із особливостями звертання за медичною допомогою, які склалися країні традиційно. Зокрема, у 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 звертання з причини закриття листів 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 у більшості амбулаторно-поліклінічних закладів цей день тижня був виділений для прийому диспансерних хворих, які стояли на обліку або здійснювався прийом дітей до 1 року – так званий «малюковий день». Тому поки що кардинальних змін стосовно зміни робочого навантаження лікарів за днями тижня не відбулося. Це також може бути пов'язано як із збереженням «традицій/звичок» населення щодо звертання за медичною допомогою, так і з досить коротким терміном проведення реформи³.

Такі показники пояснюють і зміни в тривалості одного прийому: в ці дні (понеділок, середа, п'ятниця) прийом 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 у 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.

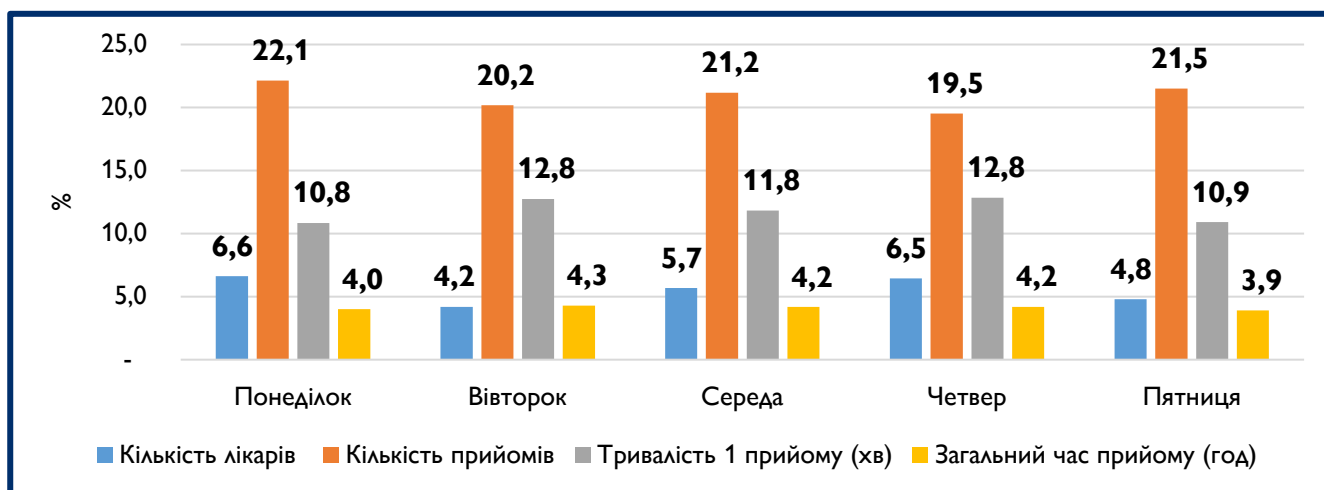


Рисунок 5. Розподіл показників прийому протягом тижня

Джерело: обстеження “Хронометраж”

Кількість прийнятих пацієнтів одним лікарем ПМД не відрізняється в залежності від типу закладу (**Таблиця 1**). В середньому за день лікар ПМД приймає 21 пацієнта – це відповідає опитуванню лікарів, які в середньому приймають 23,4 пацієнта (обстеження “Сімейні лікарі”). Найбільше

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.

встигає прийняти лікар ПМД у лікарнях (22,2 осіб). Найменше пацієнтів приймають ЦПМСД та у закладах ПМД, які були реорганізовані на базі поліклінік – тут лікар ПМД приймає майже на 1,5 пацієнта менше (20,8 та 20,7 осіб відповідно).

Більшість пацієнтів складають жінки – їх частка у загальній кількості складає від 58% до 67% в залежності від типу закладу (**Таблиця 1**). Крім того, заклади можна умовно поділити на дві групи за у віковою структурою прийомів. До першої групи відносяться ЦПМСД та лікарні, де більшість пацієнтів відносяться до вікової категорії “Від 40 до 65 років” та вікової категорії “Від 18 до 39 років”, а найменше пацієнтів наймолодшої вікової категорії. З іншого боку, в амбулаторіях та поліклініках прийоми розподілені 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 ЦПМСД та лікарнях це жінка віком від 40 до 65 років (23% та 26% відповідно), від 18 до 39 років (15% та 26% відповідно) або старша ніж 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 складають 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 це жінки віком від 40 до 65 років (11%).

	Загалом	ЦПМСД	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 гендером					
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 гендером і 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 у розрізі типів закладів

Джерело: обстеження “Хронометраж”

За середньою тривалістю прийому немає значної різниці між типами закладів (**Таблиця 2**), хоча формально найдовші прийоми в ЦПМСД та поліклініках (11,8 хвилин), а найкоротші у лікарнях (11,1 хвилини). Крім того, відсутня різниця у середній тривалості прийому між чоловіками та жінками, хоча існують відмінності між типами закладів.

Крім того, існує різниця у тривалості прийому в віковому розрізі: можна припустити наявність U-видної залежності між віком пацієнта та тривалістю прийому. У наймолодшій віковій групі середня тривалість прийому складає 11,6 хвилини. Зі зростанням віку пацієнта середня тривалість прийому спочатку скорочується до 10,4 хвилин, а потім починає зростати та набуває максимального значення у найстаршій віковій групі. В середньому найдовший прийом у чоловіків та жінок старше 65 років (12,9 та 12,8 хвилин). Відмінності у тривалості прийому пацієнтів даних вікових категорій пояснюється відмінностями причин звернень та може бути пов'язана із більшими потребами у медичній допомозі.

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

	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 гендером					
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 гендером і 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 у розрізі типів закладів

Джерело: обстеження “Хронометраж”

В нижченаведеній таблиці показано розподіл пацієнтів відповідно до приналежності до окремих груп (**Таблиця 3**). Варто відзначити, що 43% респондентів не віднесли себе до жодної з зазначених 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 менший за 4 173 грн – 28%. При чому остання категорія має суттєві відмінності в залежності від типу закладу охорони здоров'я – від 14% у поліклініках до 40% у амбулаторіях лікарнях.

Такий розподіл вказує, що потенційними споживачами первинної медичної допомоги були пацієнти із діагностованими хронічними захворюваннями та станами, а також населення з низькими рівнями 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 вразливих верств населення.

	Загалом	ЦПМСД	Амбулаторія	Лікарня	Поліклініка
Вагітна	1%	2%	1%	0%	2%
Постраждалий внаслідок Чорнобильської катастрофи	2%	3%	1%	0%	1%
Учасники 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/СНІД	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 особливими групами.

Джерело: обстеження "Пацієнти"

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 були зазначені, 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%).

Це може вказувати на виконання первинною ланкою однієї із основних вимог Всесвітньої організації сімейних лікарів (WONCA) щодо одночасного лікування як гострих, так і хронічних захворювань та 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%).

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.

Джерело: обстеження “Хронометраж”

В той же час, частка респондентів, які регулярно відвідують лікаря є низькою в лікарнях (10%) та є найбільшою в амбулаторіях (24%). Проте в жодному закладі частка пацієнтів з регулярними візитами на перевищує частку пацієнтів з гострими формами хвороби. Це є сигналом, 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 говорить 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 прийомі у лікаря (**Таблиця 5**). Більш ніж половині пацієнтів (54%) лікарі пояснювали небезпеку відмови від лікування (54%), 49% пацієнтів були проконсультовані 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 й через відсутність пропозицій від лікаря (79% та 78%).

Опитування щодо якості надання послуг та відношення лікаря до пацієнта підчас 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

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

та подальші кроки (76%). З рештою більшість пацієнтів (86%) повністю отримали від лікаря чітку та зрозумілу інформацію.

	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 небезпеку 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.

Джерело: обстеження “Пацієнти”

	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 задати питання 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. Задавав питання, 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 відношення лікаря до пацієнта під час візиту

Джерело: обстеження “Пацієнти”

Якщо перейти до кількісних показників споживання послуг (**Таблиця 7**), то опитування пацієнтів показало, що в 2019 році середньому, пацієнти, які потребують регулярного відвідування лікаря здійснили 14 візитів на рік, з метою отримання рецепту на ліки пацієнти відвідували лікаря в середньому 12,2 разів на рік, через гострі симптоми хвороби – 10,1 разів. Протягом 2019 року переважна більшість пацієнтів (майже 69%) отримувала до 10 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 10 видів послуг протягом 2019 року (23,5%) та пацієнти, які відвідали заклад через регулярний візит до лікаря та отримали до 10 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. Споживання послуг протягом 2019 року за поточними причинами візиту, відсотків
Джерело: обстеження “Пацієнти”

4.1.2. Відмінності в структурі споживання послуг відповідно до організаційної та територіальної ознаки надавача ПМД

Якщо розглянути статистику прийомів у розрізі типів місцевості, в якій функціонують заклади охорони здоров'я, то можна виділити наступні тенденції. За кількістю проведених прийомів за 1 день, найвищий показник (25,7 прийомів) у закладах ПМД, які розташовані у містах з населенням понад 100 тисяч, але не є обласними центрами (**Таблиця 8**). На другому – заклади у містах з населенням від 20 до 50 тисяч (22,9 прийомів). Водночас, найменшу кількість прийомів на день з приблизно однаковими показниками (20,3, 20,5 та 20,7 прийомів) зафіксовано у закладах ПМД, розташованих у селищах місткого типу, селах та обласних центрах (включно з Києвом).

Якщо розглянути професійний рівень лікарів ПМД, то існує певний взаємозв'язок між стажем лікаря та кількістю прийомів протягом дня (**Рисунок 6**). Лікарі зі стажем до 10 років, в середньому приймають 20 пацієнтів в день. Далі середня кількість прийомів зростає зі зростанням досвіду та досягає максимального рівня у лікарів зі стажем роботи від 20 до 30 років (23 прийоми в день). Після цього, кількість прийомів зменшується та у лікарів зі стажем більше 50 років вона становить 18 прийомів в день. При цьому тривалість прийому залишається постійною.

Не встановлено значних відмінностей щодо навантаження серед лікарів, які мають різну спеціалізацію (**Рисунок 7**), хоча лікарі з основною спеціальністю “Сімейний лікар” (лікарі загальної практики-сімейної медицини (ЗПСМ) приймають трохи менше пацієнтів. З іншого боку, існує залежність між кількістю прийомів та рівнем використання міжнародних клінічних рекомендацій у лікарській практиці. Слід відзначити, що найбільше прийомів роблять лікарі, які не використовують клінічні рекомендації (27 прийомів) (**Рисунок 8**). Відповідно, у цих лікарів

найменша тривалість прийому. Проте лікарів, які визнали, що не використовують міжнародні клінічні рекомендації всього 1,2% від загальної чисельності респондентів (2 особи). Відповідно ці результати не можна вважати як доказ абсолютної залежності, а скоріше як сигнал до більш глибокого дослідження.

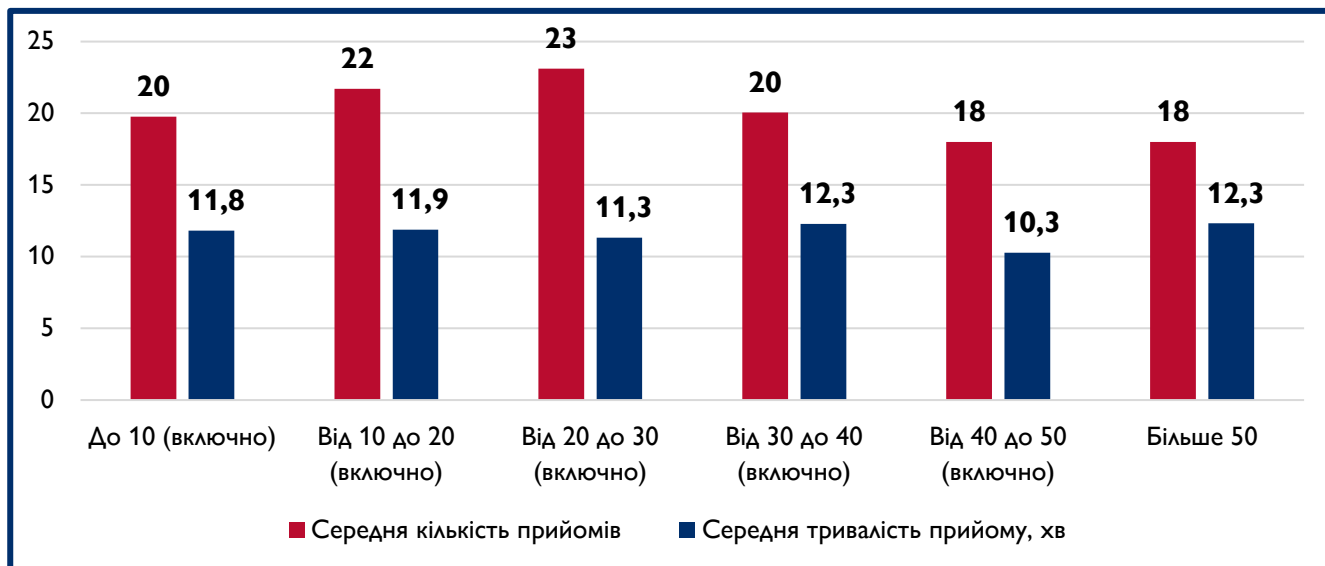


Рисунок 6. Розподіл середньої кількості та тривалості прийомів за стажем лікаря ПМД

Джерело: обстеження "Хронометраж" та "Сімейні лікарі".

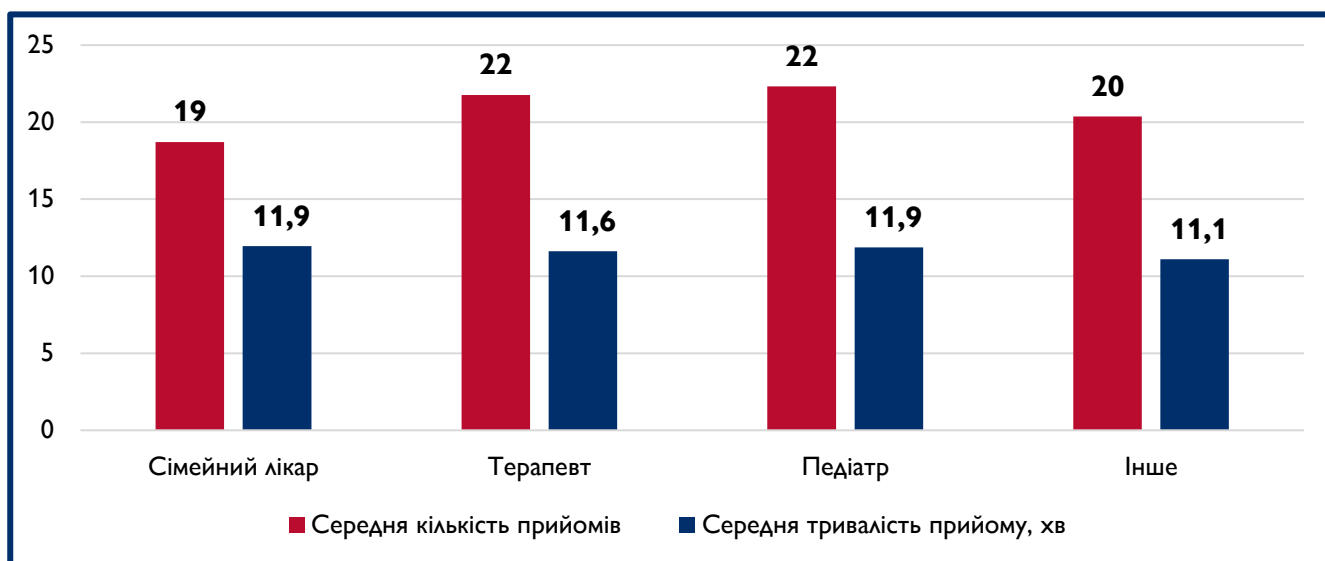


Рисунок 7. Розподіл середньої кількості та тривалості прийомів за спеціальністю лікаря ПМД

Джерело: обстеження "Хронометраж" та "Сімейні лікарі".

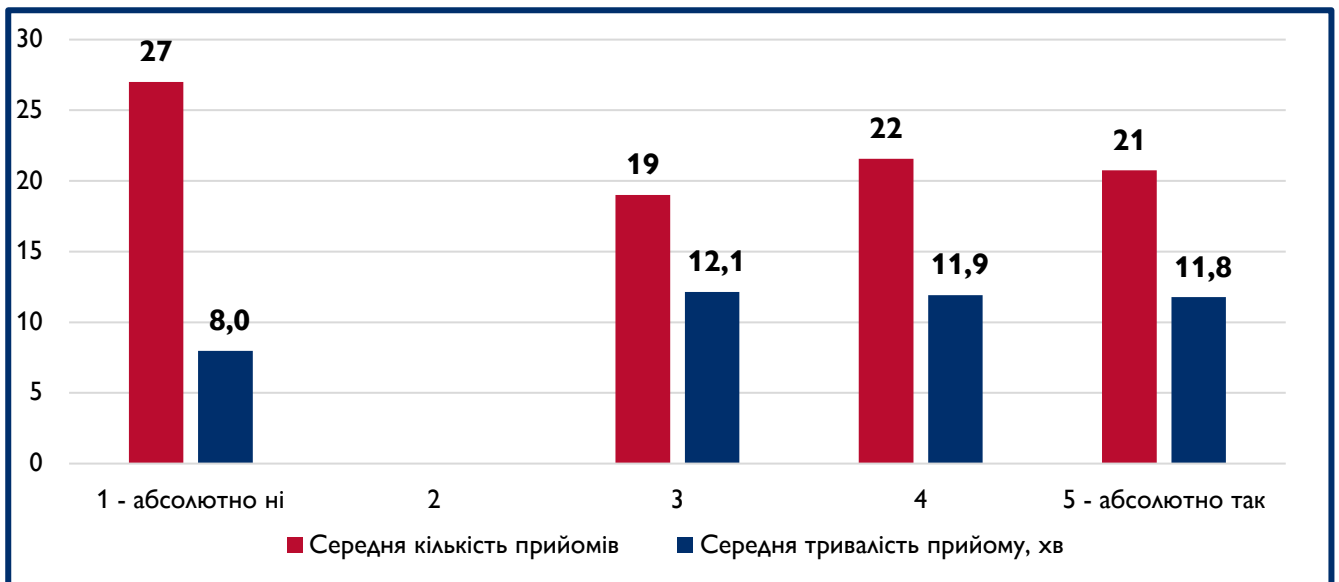


Рисунок 8. Розподіл середньої кількості та тривалості прийомів за використанням клінічних рекомендацій

Джерело: обстеження “Хронометраж” та “Сімейні лікарі”

Основними споживачами послуг ПМД є жінки: не менше ніж 58% в усіх типах населених пунктах та 69% в містах з населенням від 20 до 50 тисяч осіб (**Таблиця 8**). Вікова структура пацієнтів є однаковою в усіх місцевостях (окрім обласних центрів та міст з населенням від 50 до 100 тисяч осіб) – найбільшу частку пацієнтів складають особи віком від 40 до 65 років (21-41%). У 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 відзначити, що ці дані кореспондують із даними НЗСУ щодо підписання декларацій: 55,7% жінки, 44,3% чоловіки.

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 розподілені наступним чином:

- у містах з населенням від 20 до 50 тисяч осіб – 29% жінки віком від 40 до 65 років (маже третина всіх пацієнтів);
- у містах з населенням більше ніж 100 тисяч осіб – 18% жінки старші за 65 років;
- у містах з населенням від 20 до 50 тисяч осіб – 17% жінки старші за 65 років;
- у селищах міського типу – 18% жінки старші за 65 років;
- у містах з населенням від 50 до 100 тисяч осіб – 17% жінки віком від 18 до 39 років
- у містах з 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 прийому має певні відмінності між типами населених пунктів (**Таблиця 9**). Найдовші прийоми, як правило, проводять в селах (12,4 хвилини) та селищах міського типу (11,9 хвилин), а найкоротші – в містах з населенням від 50 до 100 тисяч осіб – 8,6 хвилин. В інших

місцевостях тривалість прийому складає 11-11,6 хвилин. Значної різниці у тривалості огляду чоловіків та жінок немає, хоча прийом пацієнок-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.

У віковому розрізі найдовші прийоми переважно проводяться, коли пацієнти є старшими за 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%, міста з населенням менше ніж 20 тисяч осіб – 12%, міста з населенням від 50 до 100 тисяч осіб – 11,8 хвилин 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), містах з населенням менше ніж 20 тисяч осіб (0-5 років – 12,1 хвилини), селищах міського типу (0-5 років – 12,4 хвилини) та селах (0-5 років – 12,2 хвилини).

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

- обласні центри: жінки старші ніж 65 років (12,9 хвилини) та хлопчики 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 старші ніж 65 років (14,2 хвилини) та чоловіки віком 18-39 років (4,3 хвилини);
- місто з населенням від 20 до 50 тисяч осіб: чоловіки старші ніж 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 старші ніж 65 років (10,6 хвилини);
- село: чоловіки старші ніж 65 років (14,3 хвилини) та хлопчики віком 6-17 років (10,7 хвилини).

Загалом, найбільша тривалість загального часу прийомів в день зафіксована серед лікарів ПМД в містах з населенням більше ніж 100 тисяч осіб, але які не є обласними центрами. В цих містах лікар проводить 4,7 годин прийому в день (**Рисунок 9**). На другому місці знаходяться міста з населенням від 20 до 50 тисяч осіб, де загальна тривалість прийомів складає 4,4 години. Найкоротший загальний час прийому – в містах з населенням від 50 до 100 тисяч осіб – 3,1 години. Слід відзначити, що селища міського типу та села не значно відрізняються за загальною тривалістю прийомів в день від обласних центрів України.

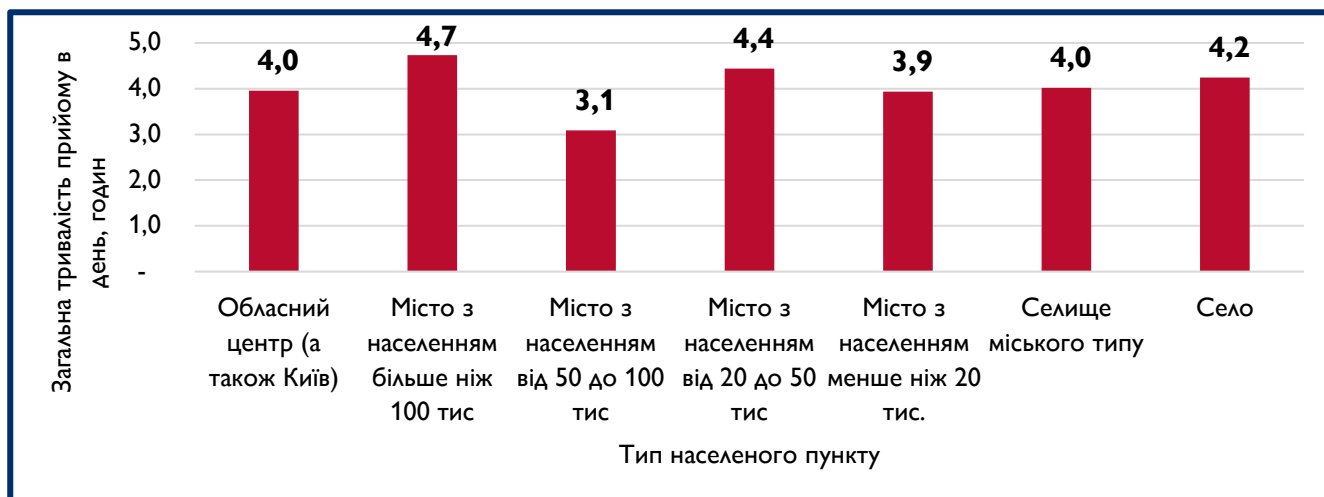


Рисунок 9. Загальна тривалість прийомів лікаря за типами місцевості, годин в день

Джерело: обстеження “Хронометраж”

	Областний 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 гендером							
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 гендером і 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 видів населених пунктів

Джерело: обстеження “Хронометраж”

	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 гендером							
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 гендером і 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 видів населених пунктів

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%
Учасники бойових дій	1%	2%	3%	2%	1%	2%	1%	1%
Хронічний хворий	27%	32%	25%	13%	30%	25%	30%	24%
Пацієнт, який потребують 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 ВІ/СНІД	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 особливими групами

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

Джерело: обстеження “Пацієнти”

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

Незначні відмінності між даними реєстратури та отриманих в результаті дослідження показують, що немає причин ставити під сумнів офіційну звітність закладів охорони здоров'я в частині навантаження (**Таблиця 12**). За результатами оцінки кількості прийомів та їх тривалості (обстеження “Хронометраж прийому пацієнтів лікарем”) в середньому один лікар ПМД приймає 21,1 пацієнтів за робочий день, в той час як за даними звітних форм (074/0, 039/0) за попередній день цей показник становить в середньому 20,6 осіб.

У розрізі типів закладів ПМД, немає значимої різниці щодо кількості прийомів, окрім лікарень. Для лікарень різниця більш значна і складає більше 4 прийомів. Це може бути пояснено самозверненнями пацієнтів, які не були зафіксовані у реєстраційних формах.

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

Середні показники, розраховані на основі річних даних за 2018 рік та за 9 місяців 2019 року, є нижчими за дані обстеження Хронометражу. Слід відзначити, що спостерігається невелике збільшення середньої кількості прийомів в 2019 році порівняно з 2018 роком. Збільшення

переважно відбулося за рахунок поліклінік та ЦПМСД, а той час як в інших типах закладів не відбулося значних змін.

Обстеження Хронометражу проводилося в грудні 2019 року і, відповідно, його доцільно порівнювати не тільки з даними за попередній рік, а й з даними за три квартали 2019 року. Порівняння демонструє збільшення кількості прийомів порівняно з середнім показником за січень-вересень 2019 року. Загалом, кількість прийомів зростає на 1,2 особи: лікарня – 4,3, ЦПМСД – 0,73 особи, амбулаторія – 1,9 осіб.

	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 в 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 в день (на основі даних Реєстратури щодо прийомів минулого тижня)	20,4	20,6	19,4	18,6	22,4
Кількість прийомів в день (на основі даних Реєстратури щодо прийомів за 3 кв 2019 року)	19,9	20,0	19,6	17,9	19,8
Кількість прийомів в 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 прийомів за даними обстеження та реєстраційними даними

Джерело: обстеження “Хронометраж”

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, в середньому один лікар ПМД робить 15 направлень до спеціалістів на 100 прийомів пацієнтів (**Таблиця 13**). Цей результат відповідає опитуванню пацієнтів, 15,4% яких підтвердили, що отримали направлення до вузького спеціаліста (обстеження Пацієнти). Між кількістю направлень та кількістю прийомів немає значної співставності (кореляція складає -6%). Низький рівень кореляції (6%) між кількістю прийомів і кількістю направлень лікарем свідчить про відсутність відповідності між кількістю прийомів та кількістю направлень. Це є первиною ознакою відсутності спроб лікарів направити пацієнтів до СМД для зменшення власного навантаження.

При цьому, кількість направлень відрізняється між закладами охорони здоров'я. Найменше направлень роблять лікарі ЦПМСД (13,9 направлень на 100 прийомів), а найбільше – лікарі поліклінік (19 направлень на 100 прийомів). Така ситуація може бути пояснена спільним

розташуванням підрозділів, що надають первинну і вторинну допомогу. Це підтверджує необхідність територіальної розмежованості рівнів надання медичної допомоги. Слід відзначити, що між тривалістю прийому та кількістю направлень немає значної співставності (кореляція становить -7%). Це є 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 у обласних центрах та Києві – 18 направлень на 100 прийомів. В найменших населених пунктах (містах з населенням менше 20 тис осіб, селах міського типу та селах) рівень направлень знаходиться приблизно на одному рівні – 14,6-15,1 направлень на 100 прийомів. Слід відзначити, що саме в великих містах з населенням більше ніж 100 тисяч рівень направлень є найменшим серед усіх типів населених пунктів.

	Загалом	ЦПМСД	Амбулаторія	Лікарня	Поліклініка
Середній час прийому	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	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 час прийому	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	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 закладів за типами населених пунктів

Джерело: обстеження “Хронометраж” та “Сімейні лікарі”

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

Лікарі, які мають первинну спеціалізацію за спеціальністю «загальна практика-сімейна медицина» найбільше дають направлень пацієнтам (18 направлень на 100 візитів); ті лікарі ПМД, хто мав

⁵ Одиначний випадок, що може бути нерепрезентативним

первинну спеціалізацію з терапії – 16 направлень на 100 візитів; лікарі з попередньою спеціалізацією «Педіатрія» або інша мають лише 9 та 11 направлень на 100 візитів відповідно (**Рисунок 11**). Можна припустити, що «педіатри» є більш впевненими та ризиковими в своїх висновках та підходах до ведення хворих.

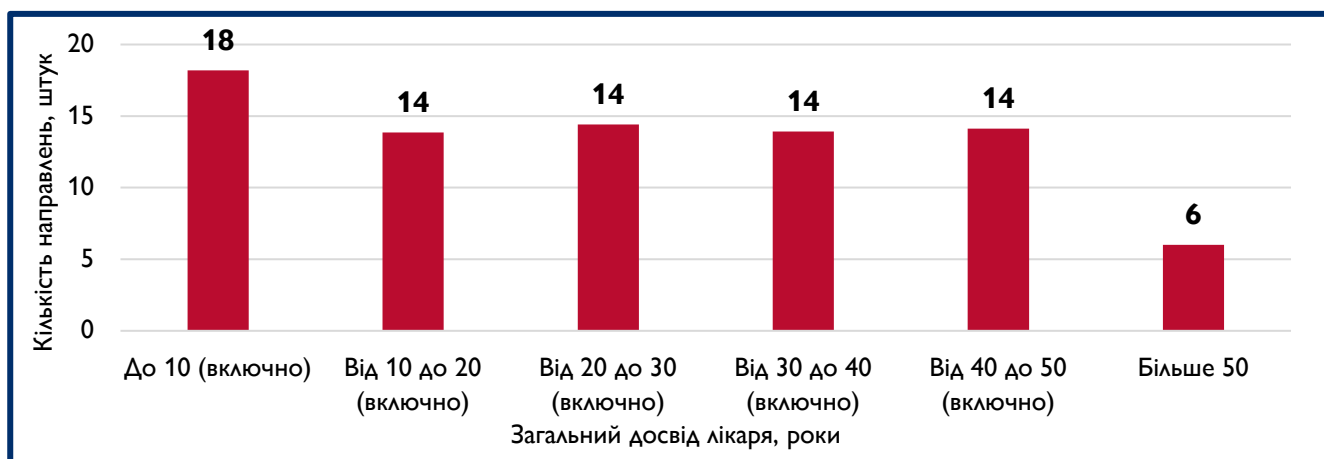


Рисунок 10. Розподіл кількості направлень за загальним стажем лікарів

Джерело: обстеження “Хронометраж” та “Сімейні лікарі”

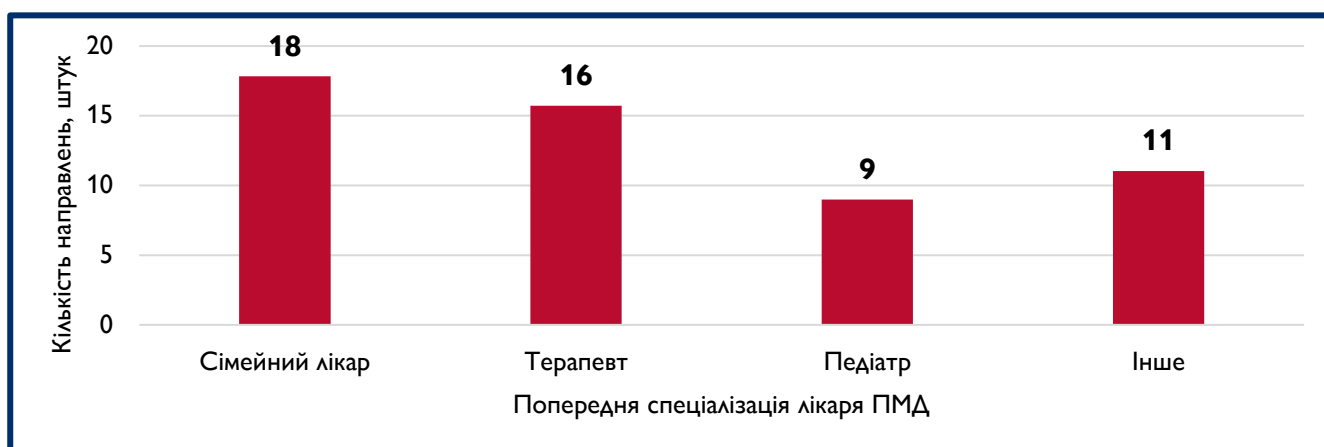


Рисунок 11. Розподіл кількості направлень за попередньою спеціалізацією

Джерело: обстеження “Хронометраж” та “Сімейні лікарі”

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

Рішення щодо направлення пацієнта до вузького спеціаліста приймається лікарями, за їх словами, базуючись на клінічних протоколах та принципах доказової медицини (85,8%), персональному огляді пацієнта (66,5%) та на попередніх аналізах та діагностиці пацієнта (64,4%) (**Таблиця 15**). У випадку направлення на додаткове обстеження рішення приймається на основі клінічних

протоколів та принципах доказової медицини (84,4%), персонального огляду пацієнта (70,8%) та необхідності додаткових тестів і діагностичних процедур (68,8%) (Таблиця 16).



Рисунок 12. Розподіл кількості направлень за використанням клінічних рекомендацій
Джерело: обстеження “Хронометраж” та “Сімейні лікарі”

Чинники: До вузького 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 вузького спеціаліста
Джерело: обстеження “Сімейні лікарі”

Чинники: 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

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 записатися на прийом (85,7%), здачу аналізів або приходили за результатами аналізів (70,7%) (**Рисунок 13**). З тих, хто прийшов записатися на прийом, переважно отримували направлення на: проведення додаткової діагностики (32,7%); до вузького 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, отримували направлення на додаткові аналізи (49%) та діагностику (19,1%).

У розподілі направлень за віком пацієнта спостерігається пряма взаємозалежність: старші особи отримують більше направлень, ніж молоді. Максимальний рівень направлень у старшої вікової групи віком понад 65 років: майже кожен другий представник цієї групи отримав направлення (**Рисунок 14**). Майже 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 нижче, ніж у дорослих – 22,3% та 27,5% відповідно.

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

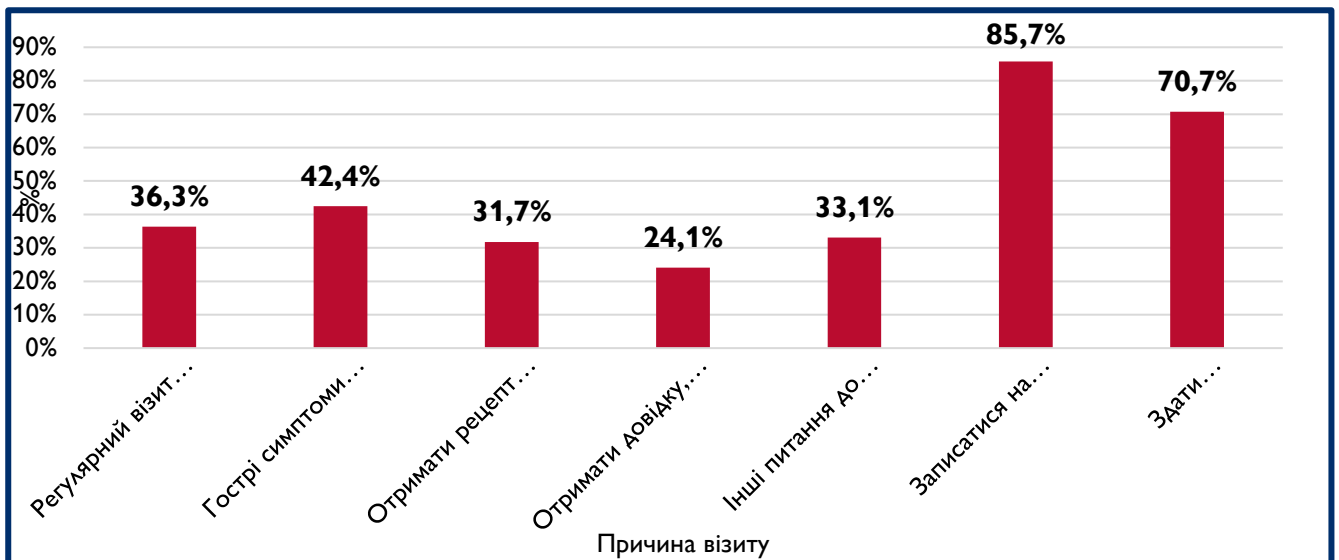


Рисунок 13. Розподіл направлень за причинами візиту.

Джерело: обстеження “Пацієнти”

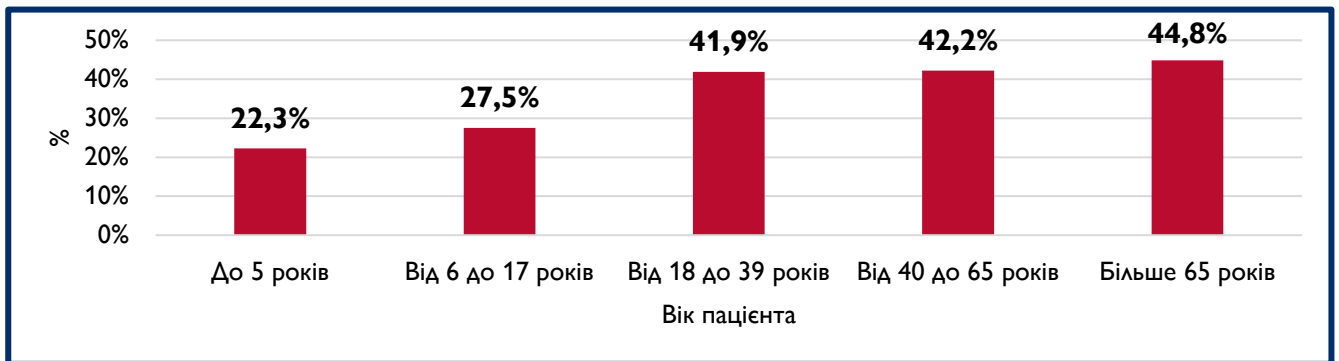


Рисунок 14. Розподіл направлень за віком пацієнта.

Джерело: обстеження “Пацієнти”

	Загалом	До вузького спеціаліста у місцеву (районну) лікарню	До вузького спеціаліста у обласну лікарню	До вузького 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

Джерело: обстеження “Пацієнти”

	Загалом	До вузького спеціаліста у місцеву (районну) лікарню	До вузького спеціаліста у обласну лікарню	До вузького 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%
Більше 65 років	44,8%	14,2%	3,9%	0,8%	15,0%	21,2%	1,8%

Таблиця 18. Розподіл направлень за віком пацієнта

Джерело: обстеження "Пацієнти"

	Загалом	До вузького спеціаліста у місцеву (районну) лікарню	До вузького спеціаліста у обласну лікарню	До вузького 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

Джерело: обстеження "Пацієнти"

Якщо перейти до кількісних показників споживання послуг, то опитування пацієнтів показало, що в середньому, пацієнти, які не віднесли себе до жодної особливої групи, отримували менше направлень (33%) ніж пацієнти, які відносяться до хоча б одної особливої групи (45%) за статусом наступна кількість пацієнтів отримували направлення протягом 2019 року:

- вагітні – 38%;
- постраждалі внаслідок Чорнобильської катастрофи – 51%;
- учасники бойових дій – 55%;
- хронічний хворий – 45%;
- пацієнт, який потребують паліативної допомоги – 50%;
- член багатодітної сім'ї – 34%;
- особа без постійної зайнятості – 53%;
- хворий на цукровий діабет – 56%;
- хворий на туберкульоз – 50%;
- пацієнт з ВІВ/СНІД – 50%;
- представник національної меншини – 29%;
- інвалід 1 групи – 33%;
- інвалід 2 групи – 47%;
- інвалід 3 групи – 50%;
- чистий дохід на члена родини менший за 4 173 гривні – 46%.

4.3. Оцінка якості надання медичних послуг за 3-ма основними діагнозами: гіпертонія, бронхіальна астма, діабет

4.3.1. Характеристика пацієнтів

Дослідження медичних карток за 3 обраними діагнозами в рамках обстеження “Хронометраж” показало, що більшість пацієнтів складають жінки та особи, які відносяться до старших вікових груп (**Таблиця 20а-в**). Відповідно, статевий розподіл принципово не відрізняється від результатів обстеження “Пацієнти”, згідно з яким жінки та чоловіки складають 68% та 32% усіх пацієнти. Найбільша різниця спостерігається серед респондентів з бронхіальною астмою, де різниця між жінками та чоловіками найменша з трьох випадків (майже 57% та 43% відповідно).

Більша різниця спостерігається за віковою структурою, що обумовлено особливостями захворювань. Згідно з результатами обстеження “Пацієнти” особи віком до 18 років складають 15,4% пацієнтів, віком від 18 до 39 років – майже 25%, віком від 40 до 65 років – 41%, а віком старше 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 складають 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 частку у загальній структурі (14,5%), а особи віком від 40 до 65 років та віком старше 65 років – більшу (більше 52% та 28% відповідно).

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

	Загалом	Чоловіки	Жінки
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
Старше 65 років	28,1	10,8	17,3

Таблиця 20. Вікова та статева характеристика пацієнтів

(а) за діагнозом Астма

	Загалом	Чоловіки	Жінки
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
Старше 65 років	42,8	14,2	28,6

(б) за діагнозом Цукровий діабет

	Загалом	Чоловіки	Жінки
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
Старше 65 років	41,7	15,4	26,3

(в) за діагнозом Гіпертонія

Джерело: обстеження “Хронометраж”

Обстеження “Хронометраж” для всіх трьох захворювань показало цікаву U-видну послідовність між розподілом пацієнтів та розміром населених пунктів (**Таблиця 21**). У всіх випадках більше половини пацієнтів припадає на малі населені пункти – села та селища міського типу (32,6% та 22,3% відповідно). Потім, частка стрімко зменшується зі зростанням кількості населення: найменша кількість пацієнтів з діагнозами астма, цукровий діабет та гіпертонія у містах з населенням від 50 до 100 тисяч осіб та в містах з населенням більше 100 тисяч осіб, які не є обласними центрами (0,8%). Таку тенденцію можна було б пояснити різницею у якості життя між сільською місцевістю та містами, проте цьому поясненню протирічить значні частки пацієнтів, які припадають на обласні центри (20,4%). Відповідно, більш реалістичною гіпотезою є недостатній рівень діагностування у великих, середніх та малих містах або звернення пацієнтів із цими захворюваннями, які не беруть участь у програмі «Доступні ліки», безпосередньо до лікарів вторинної ланки (кардіологів, ендокринологів).

	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
Старше 65 років	5,8	0,8	0,5	1,9	3,2	5,6	

Таблиця 21. Вікова та статевая характеристика пацієнтів за типами населених пунктів

(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
Старше 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	18,5	2,1	2,8	10,4	10,2	25	31
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
Старше 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**). 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, більше 30 – ознака ожиріння.

Встановлено, що, мають проблеми з зайвою вагою 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 усіма діагнозами спостерігається або надлишкова вага, або ожиріння. В середньому жінки мають більшу проблему з ожирінням і найбільш гострою є ситуацію у пацієнтів з цукровим діабетом.

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

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

	Загалом	Чоловіки	Жінки
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
Старше 65 років	28,0	27,2	28,5

Таблиця 22. Розподіл індексу маси тіла (в цілому, за віком, і статтю)

(а) за діагнозом Астма

	Загалом	Чоловіки	Жінки
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
Старше 65 років	30,0	28,8	30,6

(б) за діагнозом Цукровий діабет

	Загалом	Чоловіки	Жінки
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
Старше 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

Джерело: обстеження "Хронометраж"

4.3.2 Перебіг захворюваності, головні 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 захворюваності.

Таблиця 24 та **Таблиця 25** представляють головні причини кожного візиту пацієнтів у розрізі статі та віку пацієнтів. 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**). За всіма захворюваннями та причинами візитів жінки звертаються більше, ніж чоловіки, що є відображенням загальних трендів. Аналогічна структура спостерігається у випадку візитів, пов'язаних із сукупними діагнозами.

За віковими категоріями (**Таблиця 25**) спостерігається певна відмінність у структурі головних причин візитів. У молодшій віковій групі (від 18 до 39 років) візити майже порівну розподілені між гострими симптомами у випадку астми та гіпертонії. Частка пацієнтів цієї вікової категорії у випадку цукрового діабету є недостатньою для якісних висновків).

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

Головні причини візитів не залежать від віку лікаря, його спеціалізації та обізнаності з базою Doudecim, 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 рецепту	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 головного діагнозу за статтю пацієнтів

(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 рецепту	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

	Загалом	Чоловіки	Жінки
Загалом		36,0	64,0
Гострі симптоми	29,1	11,2	17,9
Отримання рецепту	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”

	Загалом	До 17 років (включно)	Від 18 до 39 років (включно)	Від 40 до 65 років (включно)	Старше 65 років
Загалом		4,8	14,9	51,6	28,6
Гострі симптоми	24,8	1,5	3,7	13,0	6,7
Отримання рецепту	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 головного діагнозу за віком пацієнтів

(а) за діагнозом Астма

	Загалом	До 17 років (включно)	Від 18 до 39 років (включно)	Від 40 до 65 років (включно)	Старше 65 років
Загалом		-	1,0	56,5	42,6
Гострі симптоми	14,3	-	-	8,1	6,2
Отримання рецепту	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

	Загалом	До 17 років (включно)	Від 18 до 39 років (включно)	Від 40 до 65 років (включно)	Старше 65 років
Загалом			3,1	54,5	42,5
Гострі симптоми	29,1		1,4	17,1	10,7
Отримання рецепту	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 **Таблиці 26 та 27** представлені результати оцінки складності перебігу бронхіальної астми респондентів. Загалом, за даними оцінки, переважна більшість респондентів, незалежно від віку та статі захворювання, мали середньої тяжкості 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 тяжкості. Зі збільшенням віку пацієнтів ступень тяжкості перебігу захворювання зростає: діагноз середня персистуюча БА зафіксована у 48% респондентів віком 18-39 років, 53% – 40-65 років, 60% – старших 65 років); важка персистуюча – у 15% респондентів віком до 17 років, 12% – 18-39 років, 25% – 40-65 років, 21% старших 65 років).

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

	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 візитів за захворюванням астмою за статтю пацієнтів

Джерело: обстеження “Хронометраж”

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

Таблиця 27. Розподіл складності візитів за захворюванням астмою за віком пацієнтів

Джерело: обстеження “Хронометраж”

	Разом	До 30 (включно)	Від 30 до 40 (включно)	Від 40 до 50 (включно)	Від 50 до 60 (включно)	Старше 60
Інтермінуюча	1,7	0,7	0,2	0,3	0,5	0,1
Легка персистоюча	20,3	4,3	4,9	4,0	4,6	2,4
Середня персистоюча	53,5	7,0	10,9	8,6	16,4	10,5
Важка персистоюча	21,8	3,3	4,5	7,3	4,4	2,3
Персистоюча	2,7	-	0,1	0,8	1,6	0,3

Таблиця 28. Складність перебігу захворювання та вік лікаря

Джерело: обстеження “Хронометраж”

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

Таблиця 29. Складність перебігу захворювання та спеціалізація лікаря

Джерело: обстеження “Хронометраж”

Запитання	Разом	1 - абсолютно ні	2	3	4	5 - абсолютно так
Інтермінуюча	1,7	0,4	-	0,3	0,4	0,5
Легка персистоюча	20,3	6,1	0,7	0,7	2,9	10,2
Середня персистоюча	53,5	19,0	2,0	5,1	2,0	25,7
Важка персистоюча	21,8	6,1	0,9	0,3	1,9	12,3
Персистоюча	2,7	0,3	0,5	-	-	1,8

Таблиця 30. Складність перебігу захворювання та ознайомленість лікаря з базою Doudecim

Джерело: обстеження “Хронометраж”

	Разом	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. Складність перебігу захворювання та тип закладу

Джерело: обстеження “Хронометраж”

	Разом	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. Складність перебігу захворювання та тип населеного пункту

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 прийому. Оцінка показала, що переважно пацієнти відвідують лікаря від 2 до 3 разів на місяць (**Таблиця 33**). Причому найбільш поширеною є практика відвідування лікаря раз на 20-30 днів: астма – 27%, цукровий діабет – 21,7%, гіпертонія – 24,2%.

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

- якщо причиною першого прийому є гострі симптоми прояву захворювання, кількість днів до наступного візиту розподілена відносно рівномірно між усіма категоріями. Проте у випадку астми та гіпертонії (**Таблиця 34 а та в**) спостерігається невеликий сплеск у першій категорії – наступний прийом 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 тяжкості астми, обізнаності пацієнта щодо його захворювання та лікування. 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;

⁷ Ю. І. Фещенко, 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.

- якщо причиною першого прийому є отримання рецепту, наступний прийом переважно відбувається через 20-40 днів. Суттєвої різниці між захворюваннями немає.

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

Таблиця 33. Періодичність прийомів за 3 діагнозами, днів

Джерело: обстеження “Хронометраж”

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

Таблиця 34. Періодичність прийомів за основним діагнозом, днів з попереднього візиту

(а) за діагнозом Астма

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

(б) за діагнозом Цукровий діабет

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

в) за діагнозом Гіпертонія

Джерело: обстеження “Хронометраж”

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

Таблиця 35. Розподіл періодичності візитів пацієнтів з діагнозом астма за складністю, днів з попереднього візиту

Джерело: обстеження “Хронометраж”

4.3.3. Повнота надання послуг та якість лікування

Оцінка бронхіальної астми проводиться за рівнем контролю перебігу даного захворювання та ступенем тяжкості захворювання. Ключовими показниками для оцінки стану пацієнта є моніторинг пікової швидкості видиху (ПШВ), об'єму форсованого видиху (ОФВ1), життєвої ємності легень (ЖЄЛ) та Індекса 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% відсотків 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**).

Дані, що відсутності у 80,6% медичних записів інформації щодо замірів ПШВ не співвідноситься з даними моніторингу матеріальної забезпеченості закладів пікфлоуметрів. Відповідно до

моніторингу 80% закладів мають ці апарати і, навіть більше, 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, що лікарі уникають цю операцію. Найкраща ситуація в лікарнях та містах з населенням менше ніж 20 тисяч, де 40% та 32% записів містять заміри ПШВ, а найгірша в поліклініках (3%) та містах з населенням більше 100 тисяч (0%) та з населенням від 50 до 100 тисяч (0%).

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

Так само немає зв'язку з ознайомленістю з базою Doudecim. З іншого боку, за спеціалізацією найвищий рівень достатності проведення тестів у сімейних лікарів (33%), в той час як у терапевтів та педіатрів він становить 22,3 та майже 15% (**Таблиця 38**).

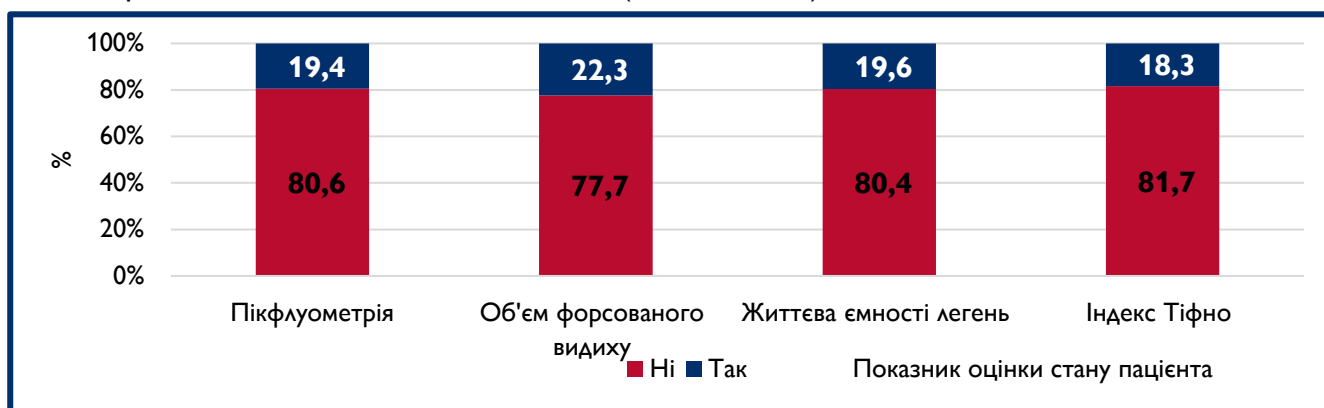


Рисунок 15. Наявність показників у записі прийому

Джерело: обстеження "Хронометраж"

	Так	Ні	Недостатньо даних
Достатність виконаних тестів для прийняття рішень	24,2	73,8	2,0
Відповідність призначень схеми 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 схеми лікування

Джерело: обстеження "Хронометраж" та експертні оцінки

	Разом	До 30 (включно)	Від 30 до 40 (включно)	Від 40 до 50 (включно)	Від 50 до 60 (включно)	Старше 60
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

Джерело: обстеження "Хронометраж"

	Разом	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

Джерело: обстеження “Хронометраж”

Проте ситуація дещо краща з відповідністю призначень схемі лікування, які б тримали захворювання під контролем. В цілому ліки пацієнтам призначалися відповідно до вимог контрольованого лікування. Рівень призначення ліків, які не мають доведеного лікувального ефекту, на думку експертів, є досить низьким (3,5%).

Відповідність призначень схемі лікування не залежить від віку лікаря (**Таблиця 39**) та ознайомленості з базою Doudecim. З іншого боку, за спеціалізацією найвищий рівень достатності проведення тестів у терапевтів (45%), в той час як у сімейних лікарів та педіатрів він становить 38,5% та 31% (**Таблиця 40**).

	Разом	До 30 (включно)	Від 30 до 40 (включно)	Від 40 до 50 (включно)	Від 50 до 60 (включно)	Старше 60
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

Джерело: обстеження “Хронометраж”

	Разом	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

Джерело: обстеження “Хронометраж”

Рівень призначення ліків, які не мають доказаного лікувального ефекту, є дуже низьким (3,5%). Переважно призначаються засоби, що застосовуються для лікування основного захворювання згідно протоколу лікування (73,7%) та засоби, які призначаються для лікування інших хвороб, можливо, супутніх захворювань та мають доказову баз (22,8%).

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

	Разом	До 30 (включно)	Від 30 до 40 (включно)	Від 40 до 50 (включно)	Від 50 до 60 (включно)	Старше 60
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

Джерело: обстеження “Хронометраж”

	Разом	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

Джерело: обстеження “Хронометраж”

Запитання	Разом	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 Doudecim

Джерело: обстеження “Хронометраж”

	Разом	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

Джерело: обстеження “Хронометраж”

	Разом	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

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 прийомів недостатньо, в той час, як випадки з занадто частими відвідуванням лікаря складають приблизно таку ж частку (23,5%). У майже 43% випадків проведеної кількості прийомів достатньо.

В цілому, 63,1% призначених лікувальних засобів покривається програмою “Доступні ліки”. Серед ліків, які призначаються найчастіше є:

- Салбутамол (31%);
- Будесонід (16%);
- Салметорол/Флутікасон (7%);
- Беклометасон (6%).

Ключовими показниками для схеми лікування та оцінки стану пацієнта з цукровим діабетом є консультування щодо дієти, контроль рівня глікозильованого гемоглобіну HbA1C та 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 представлені у **Таблиця 46**). Найкраща ситуація з тестуванням HbA1C в ЦПМСД та містах з населенням більше ніж 100 тис, де 21% та 56% записів містять заміри ПШВ, а найгірша в амбулаторіях (3%) та в селищах і селах (13% та 12% відповідно).

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

		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

Джерело: обстеження “Хронометраж”

	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
Відповідності 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 фуфломицинами	5,4	94,6	

Таблиця 47. Достатність проведених тестів та відповідність схеми лікування

Джерело: обстеження “Хронометраж”

	Разом	До 30 (включно)	Від 30 до 40 (включно)	Від 40 до 50 (включно)	Від 50 до 60 (включно)	Старше 60
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

Джерело: обстеження “Хронометраж”

Запитання	Разом	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 Doudecim

Джерело: обстеження “Хронометраж”

	Разом	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

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). Відповідністю призначень схемі лікування не залежить від віку лікаря (за виключенням найстаршої вікової групи) (Таблиця 51) та ознайомленості з базою Doudecim. 3

іншого боку, за спеціалізацією найвищий рівень достатності проведення тестів у терапевтів (90%), в той час як у сімейних лікарів та педіатрів він становить 81% та 77% (**Таблиця 52**).

	Разом	До 30 (включно)	Від 30 до 40 (включно)	Від 40 до 50 (включно)	Від 50 до 60 (включно)	Старше 60
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

Джерело: обстеження “Хронометраж”

	Разом	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

Джерело: обстеження “Хронометраж”

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

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

	Разом	До 30 (включно)	Від 30 до 40 (включно)	Від 40 до 50 (включно)	Від 50 до 60 (включно)	Старше 60
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

Джерело: обстеження “Хронометраж”

	Разом	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

Джерело: обстеження “Хронометраж”

Запитання	Разом	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 Doudecim

Джерело: обстеження “Хронометраж”

	Разом	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

Джерело: обстеження “Хронометраж”

	Разом	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

Джерело: обстеження “Хронометраж”

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

В цілому, 80,5% призначених лікувальних засобів покривається програмою “Доступні ліки”. Серед ліків, які призначаються найчастіше є:

- Метформін (28%);
- Гліклазід (14%);
- Еналапріл (8%);
- Клопідогрел (6%);
- Бісопролол (5%).

Ключовими показниками для схеми лікування та оцінки стану пацієнта з гіпертонією є консультування щодо дієти та 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 (показники представлені у **Таблиця 58**).

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

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

		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 58. Показники вимірювання артеріального тиску

Джерело: обстеження “Хронометраж”

	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
Відповідності 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 фуфломфцинами	12,8	87,2	

Таблиця 59. Достатність проведених тестів та відповідність схеми лікування

Джерело: обстеження “Хронометраж” та експертні оцінки

	Разом	До 30 (включно)	Від 30 до 40 (включно)	Від 40 до 50 (включно)	Від 50 до 60 (включно)	Старше 60
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

Джерело: обстеження “Хронометраж”

	Разом	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 Doudecim

Джерело: обстеження “Хронометраж”

	Разом	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

Джерело: обстеження “Хронометраж”

Як й у випадку астми та цукрового діабету, ситуація з відповідністю призначень схемі лікування та відповідності призначених ліків стану пацієнта є достатньо доброю (**Таблиця 59**). Відповідність призначень схемі лікування не залежить від віку лікаря (**Таблиця 63**, **Таблиця 39**), його спеціалізації (**Таблиця 64**) та ознайомленості з базою Doudecim (**Таблиця 65**).

	Разом	До 30 (включно)	Від 30 до 40 (включно)	Від 40 до 50 (включно)	Від 50 до 60 (включно)	Старше 60
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

Джерело: обстеження “Хронометраж”

	Разом	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

Джерело: обстеження “Хронометраж”

	Разом	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 схеми терапії та ознайомленість лікаря з базою Doudecim
Джерело: обстеження “Хронометраж”

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

Призначення ліків, які не мають доказаного лікувального ефекту, 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 слабо ознайомлені базою Doudecim (44%) (**Таблиця 68**). Територіально, він є вищим у амбулаторіях (26%) та ЦПМСД (13%) (**Таблиця 69**), але не залежить від типу населеного пункту (**Таблиця 70**).

	Разом	До 30 (включно)	Від 30 до 40 (включно)	Від 40 до 50 (включно)	Від 50 до 60 (включно)	Старше 60
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
Джерело: обстеження “Хронометраж”

	Разом	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
Джерело: обстеження “Хронометраж”

	Разом	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 Doudecim
Джерело: обстеження “Хронометраж”

	Разом	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

Джерело: обстеження “Хронометраж”

	Разом	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

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 прийомів недостатньо. Випадки з занадто частими відвідуванням лікаря складають значну частину (40,4%), а у 29,8% випадків проведеної кількості прийомів достатньо.

В цілому, 72,5% призначених лікувальних засобів покривається програмою “Доступні ліки”. Серед ліків, які призначаються найчастіше є:

- Еналапріл (12%);
- Клопідогрел (11%);
- Біспролол (10%);
- Амлодіпріл (10%);
- Ацетілсаліцинова кислота (6%).

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

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 цієї проблеми. Разом з тим лише 42% амбулаторії та 44% лікарень вказали на дефіцит медичного персоналу.



Рисунок 16. Наявність дефіциту медичних кадрів

Джерело: обстеження “Головні лікарі”

Аналіз демографічної структури лікарів ПМД показав, що абсолютну більшість лікарів досліджуваної вибірки складають 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 складають лише 14,1%.

Слід відзначити, що за особистими заявами лікарі, переважно, працюють лише в одному закладі – частка тих, хто працює у кількох закладах охорони здоров'я складає 7,4%. З іншого боку, верифікація цих даних в рамках проведеного дослідження неможлива.

Така ситуація не є новою як для системи охорони здоров'я в цілому, 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 даного дослідження, поки що не справилися, і одна із причин – це досить незначний часовий проміжок реалізації реформ. Ці дані підтверджуються і результатами іншого дослідження⁹, проведеного Проектом USAID «Підтримка реформи охорони здоров'я», де вказується на недостатність кадрового резерву студентів за спеціальностями «Медицина» та «Медсестринство» для заміни наявного медичного персоналу пенсійного віку.

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.

Аналіз статистичних даних укладання декларацій показав, що переважно (53,4%) один лікар має від 1500 до 2000 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 2500 декларацій становить 1,8%. Переважно, це лікарі, зі стажем роботи понад 30 років і які мали первинний фах з терапії.

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

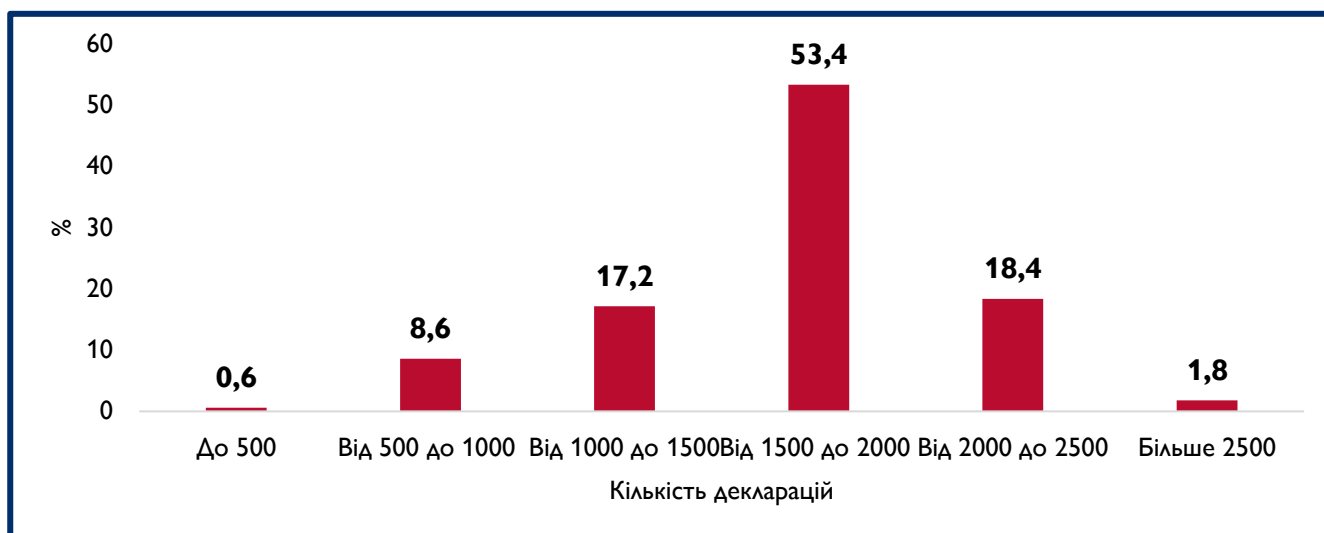


Рисунок 17. Розподіл сімейних лікарів за кількістю укладених декларацій

Джерело: обстеження “Сімейні лікарі”

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

Таблиця 71. Розподіл лікарів ПМД за стажем

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, які мають базову спеціалізацію «загальна практика-сімейна медицина», мають невеликий досвід: 68% з них мають до 10 років загального стажу, а ще 20% – від 10 до 20 років. Найбільший стаж у терапевтів, 60% яких мають від 20 до 40 років.

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

Результати низки міжнародних досліджень вказують на задоволеність лікарями первинної ланки своєю роботою, що пов'язано як з методами фінансування та оплати праці, так і 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 цілому задоволені своєю роботою – 78,5% (Таблиця 72) та відзначають, що задоволеність збільшилася після введення капіталізації – 71,1%). Більш того, 40% респондентів є задоволеними своєю роботою та повідомили, що їх задоволеність збільшилася чи скоріше збільшилася. 9,2% є задоволеними та їх задоволеність не змінилася після введення капіталізації. Лише 1,2% лікарів відповіли, що є незадоволеними своєю роботою і їх задоволеність зменшилася після введення капіталізації.

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

		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 незадоволений (-а)	1,2	0,6	0	0	0,6	0	0
Незадоволений (-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"

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

4.4.3. Структура робочого часу, організація праці

Переважна більшість лікарів приймає від 10 до 30 пацієнтів в день, про що відзначили 85,3% респондентів. В середньому лікар ПМД витрачає на прийом одного пацієнта від 10 до 20 хвилин. В цілому, лікарі вказують, що кількість пацієнтів або не змінилася із введенням капітації (57,1%), або збільшилась (31,9%).

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

Якщо розглянути структуру робочого часу лікарів, то більшість з 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 витрачає 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 вдома.

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

Структура робочого часу	Прийом пацієнтів	Візити пацієнтів на дому	Консультування пацієнтів телефоном
До 2 (включно)	0	76,7	89
Від 2 до 4 (включно)	27,6	22,1	9,2
Від 4 до 6 (включно)	52,8	0,6	0,6
Від 6 до 8 (включно)	16,6	0	0
Більше 8	3,1	0,6	1,2

Таблиця 73. Структура робочого часу лікаря

Джерело: обстеження “Сімейні лікарі”

В середньому тижневе навантаження щодо відвідувань вдома лікарями ПМД становить до 10 візитів. 87,1% лікарів ПМД здійснюють до 10 відвідувань до дітей у віці 0-5 років; 92,6% – до дітей у віці 6-17 років; 86,5% – до дорослих у віці 40-64 роки; 73% – до дорослих старше 65 років (**Таблиця 74**).

За цим показником Україна фактично наблизилася до європейських країн (Литва, Нідерланди, Словаччина та Велика Британія). Хоча досвід країн Європи свідчить про значні відмінності щодо відвідування вдома лікарями ПМД. Так, кількість домашніх візитів на тиждень значно коливається між країнами, однак найвищі показники зафіксовані у Бельгії (37), Мальті (28), Німеччині (25), Австрії (15) та Франція (13); а найнижчі – Португалії та Норвегії (до 1), Ісландії та Туреччини (1)¹³.

Від 10 до 20 домашніх візитів переважно проводяться до пацієнтів старшої вікової групи (у віці 40-64 років – 11,7%, старше 65 років – 17,8%). Це є сигналом, що вік та мобільність пацієнтів можуть бути головними факторами, які визначають проведення домашнього візиту лікарем.

Такі висновки підтверджуються і результатами опитування щодо встановлення чинників, які впливають на прийняття лікарем рішення щодо відвідування пацієнта вдома (**Таблиця 75**). 46,6% лікарів вказують, що вік пацієнта є дуже важливим для них при прийнятті рішення. Також до найважливіших чинників відносяться принципи доказової медицини (67,7%), протоколи лікування (66,7%) та їх 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%).

	До 10 (включно)	Від 10 до 20 (включно)	Більше 20
До дітей у віці 0-5	87,1	7,4	5,5
До дітей у віці 6-17	92,6	3,7	3,7
До дорослих у віці 18-39	93,3	5,5	1,2
До дорослих у віці 40-64	86,5	11,7	1,8
До дорослих від 65 років	73	17,8	9,2

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

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.

Джерело: обстеження “Сімейні лікарі”

Чинники: Домашній візит	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

Джерело: обстеження “Сімейні лікарі”

Результати дослідження вказують на відсутність зв'язку між віком лікаря та середньою кількістю домашніх візитів (як загальної, так для окремих вікових груп пацієнтів). З іншого боку, існує U-видна 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 у містах з населенням від 50 до 100 тисяч осіб (12,5 візитів), а потім їхня чисельність починає зростати. Найбільша середня кількість домашніх візитів на 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 у віці 0-5	2,9	1,0	5,2	2,3	4,1	4,0	6,2
До дітей у віці 6-17	1,7	0,3	1,3	2,2	2,4	2,3	5,0
До дорослих у віці 18-39	1,8	0,3	0,8	2,4	1,9	2,1	4,0
До дорослих у віці 40-64	3,0	6,7	1,0	4,5	5,1	4,2	7,3
До дорослих від 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. Фактори, які визначають здійснення домашнього візиту за типами населених пунктів

Джерело: обстеження “Сімейні лікарі”

4.4.4. Взаємодія з пацієнтами

Поширеною є практика надання лікарем своїх контактів пацієнтам (**Рисунок 18**). В цілому, 85,3% лікарів ПМД надають свої номери телефонів всім 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 у сільській/міській місцевості.

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

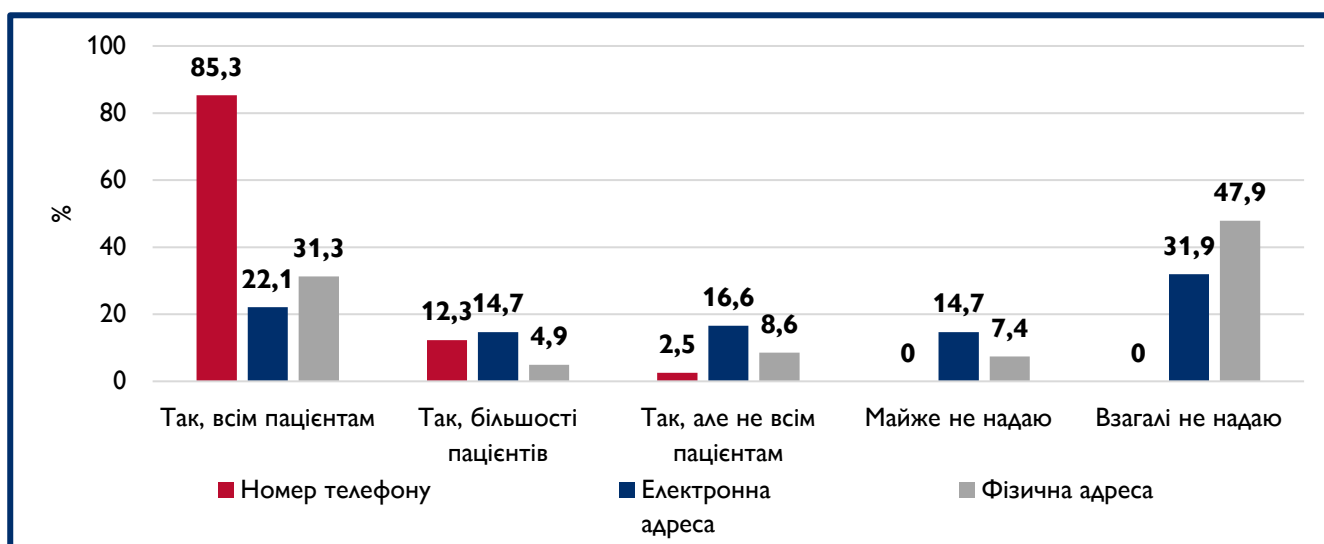


Рисунок 18. Шляхи комунікації з пацієнтами

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 в залежності від власних вподобань. При підписанні декларацій лише дуже невелика кількість лікарів ПМД орієнтувалися на певні категорії пацієнтів, перевага надавалася особам, які обслуговувалися у лікаря раніше. Такі результати свідчать про те, закладам ПМД вдалося уникнути одного із загальновідомих небажаних ризиків введення капітації – підбору лікарем більш здорових пацієнтів.

На думку лікарів, пацієнти обирали місце обслуговування на основі декількох факторів, головними з них були особиста репутація та досвід лікаря. В значній мірі, 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 і 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 об'яв на радіо, телебачення, в соціальних мережах чи інформаційних листах розміщених в закладах та/або житлових будинках.

Як свідчить досвід інших країни, доступ до первинної медичної допомоги може бути розширений 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 і в Ісландії, Ірландії, Італії, Литві, Норвегії, Португалії, Словенії, Іспанії та Великій Британії¹⁴.

4.4.5. Професійний рівень та удосконалення навичок

51,5% респондентів відзначили, що стиль їх роботи змінився з запровадженням капітації (**Таблиця 77**). З іншого боку, методи та підходи роботи лікарів не змінилися, про що вказують майже 64% респондентів. Відповідно, і цілomu введення капітації не вплинуло на поведінку лікарів. Щодо змін, які відбулися після введення капітації та автономізації закладів, то лікарі ПМД виділяють збільшення обсягів консультування телефоном та, особливо, зміну взаємовідносин між лікарями та пацієнтами. Лікарі вважають, що пацієнти стали більш вимогливими до лікарів та, певною мірою, визначають поведінку лікаря, як у позитивному плані (більш ретельніше ставлення), так й у негативному. Пацієнти в значній мірі 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 вдома.

Запитання	Так	Ні
Чи змінили Ви Ваш стиль роботи, взаємодія 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

Джерело: обстеження "Сімейні лікарі"

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.

Майже всі лікарі-респонденти підтвердили готовність до роботи з електронними записами, що дещо суперечить отриманим даним щодо використання електронних адрес. З іншого боку, лікарі ПМД стверджують, що в їх закладах вже проведена або проводиться комп'ютеризація робочих місць, проводиться навчання з роботи з комп'ютерами. Аналогічно, більшість з них (82%) відповіли, що вони готові працювати на основі індикаторів ефективності праці. При цьому 94,5% респондентів використовують систему класифікації ІСРС-2.

Абсолютна більшість респондентів заявили, що проводять профілактичні огляди пацієнтів. Проте ці дані потребують додаткового вивчення, оскільки тільки 56,8% лікарів вказали (**Рисунок 19**), що знають яка кількість профілактичних програм включена до порядку надання первинної медичної допомоги¹⁵, який є одним із нормативних документів, який визначає завдання, конкретизує зміст і встановлює вимоги щодо організації та забезпечення надання такої допомоги в Україні. З лікарів, які надали свій варіант лише 12% лікарів назвали правильну відповідь (7 програм). Відповідно, лише 6,8% лікарів знають скільки насправді існує скринінгових програм.

Лише 46,8% сімейних лікарів знають що таке база Doudecim (**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 запевнюють, що вони завжди використовують клінічні рекомендації у повсякденній праці. Більш 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 питання.



Рисунок 19. Скільки існує наразі скринінгових/профілактичних програм

Джерело: обстеження "Сімейні лікарі"

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

Результати вивчення думки головних лікарів (обстеження “Головних лікарів”) у 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.

Запитання	1 - абсолютно ні	2	3	4	5 - абсолютно так
Чи знаєте ви що таке Doudecim?	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

Джерело: обстеження “Сімейні лікарі”

З іншого боку, вищенаведені результати дещо суперечать позиції головних лікарів стосовно їхньої особистою думки щодо ролі 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 найновіших клінічних рекомендацій, оскільки вони всі забезпечені доступом до інтернету/баз з протоколами лікування, а також регулярно приймають 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 (старше 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 величини коефіцієнту для категорії 44-64 роки (на 50-100%). Особливо відзначалася необхідність врахування “сільського” коефіцієнту, оскільки проведення домашніх візитів у сільській місцевості ускладнене значною площею території, яка обслуговується та, відповідно, відстанню до пацієнта. При цьому лікарі не вважали за необхідне зменшити будь-які вікові коефіцієнти.

82% сімейних лікарів зазначили, що вони 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 не залежать від лікаря.

У якості потенційних показників ефективності роботи респондентами були запропоновані:

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



Рисунок 20. Чи потрібно змінювати вікові коефіцієнти капітаційних ставок

Джерело: обстеження “Сімейні лікарі”

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. В цілому, базуючись на отриманих даних проведеного кореляційного аналізу можна зробити наступні припущення:

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

особливо це стосується старших вікових груп^{16,17,18}. Можливо такі відмінності можна пояснити 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 більш задоволені ніж чоловіки (кореляція – (-17%)). 60% лікарів-жінок відповіли, що повністю задоволені своєю роботою, в той час як цей показник складає лише 33% серед чоловіків. Отримані дані кореспондуються із результатами низки останніх досліджень, які демонструють чітку гендерну диференціацію: жінки більш 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 задоволення лікарями роботою у зв'язку з робочим навантаженням²¹;
- стаж/досвід лікаря не впливає на його задоволеність (кореляції близькі до нуля);
- кількість пацієнтів в день слабо корелює з задоволеністю лікарів (-6%), в той час як час на одного пацієнта негативно корелює (-14,9%). Це значить, що чим більше часу витрачає лікар на одного пацієнта, тим менш 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 в цілому (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

4.5.1. Описова характеристика головних лікарів закладів ПМД

Демографічний портрет головного лікаря суттєво відрізняється від портрету лікаря ПМД. По-перше, хоча з незначною перевагою, більшість головних лікарів складають жінки (50,3%), частка чоловіків, які займають керівну посаду у закладі ОЗ є вищою, ніж їх представлення 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'язане із 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 старше 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 у системі охорони здоров'я.

Переважно, головні лікарі 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 більше ніж 1500 укладених декларацій. З іншого боку, завантаженість головних лікарів лікарською практикою ніяк не визначає рівень оцінки пацієнтами та лікарями ПМД стану інфраструктури лікарні, якості лікування та послуг.

За загальним стажем роботи за поточною спеціальністю респонденти розподілені відносно порівню між 4 категоріями (до 10 років, 10-20 років, 20-30 років та 20-40 років), частка респондентів 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.

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

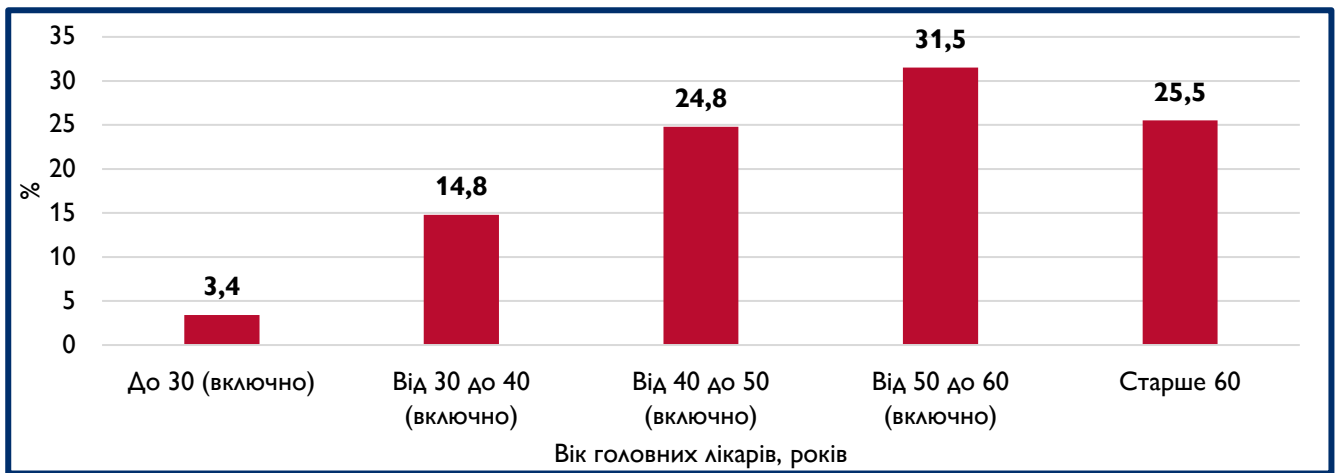


Рисунок 21. Вікова структура головних лікарів

Джерело: обстеження "Головні лікарі"

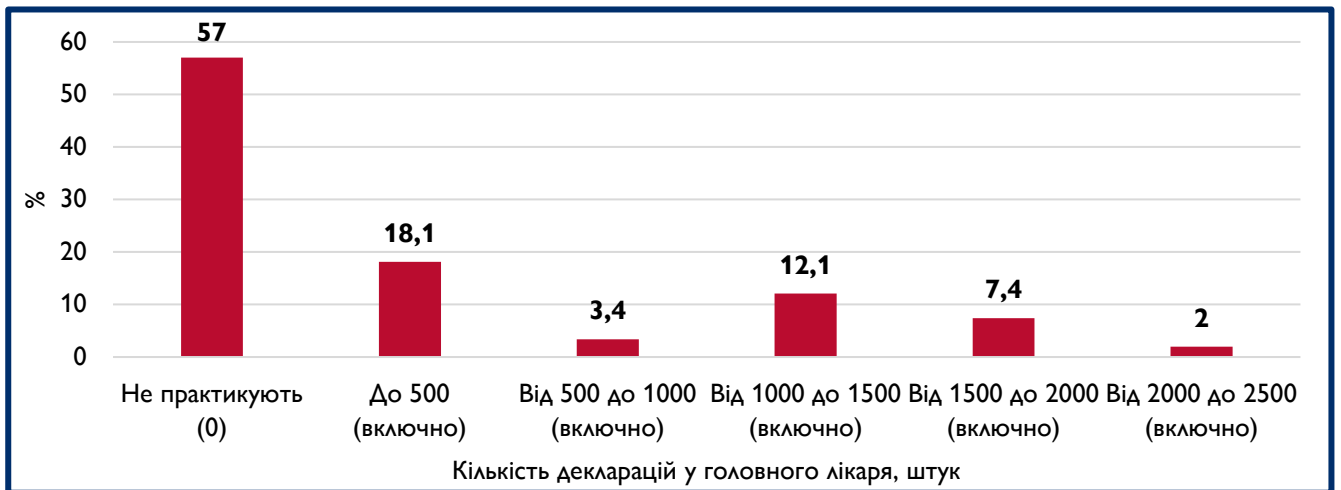


Рисунок 22. Розподіл головних лікарів за кількістю укладених декларацій

Джерело: обстеження "Головні лікарі"



Рисунок 23. Розподіл головних лікарів за загальним стажем за поточною спеціальністю

Джерело: обстеження "Головні лікарі"

4.5.2. Задоволеність роботою та запровадженням капітації

Головні лікарі в цілому задоволені своєю роботою – 80,6% (Таблиця 79) та відзначають, що задоволеність збільшилася після введення капітації – 91,3%). Більш того, 53,7% респондентів є задоволеними своєю роботою та повідомили, що їх задоволеність збільшилася чи скоріше збільшилася. 7,4% є задоволеними та їх задоволеність не змінилася після введення капітації. 6,7% головних лікарів є незадоволеними та скоріше незадоволеними своєю роботою. З іншого боку, більшість цих респондентів згодні з тим, що введення капітації збільшило або скоріше збільшило їх задоволеність.

В цілому 1,3% респондентів відповіли, що введення капітації зменшило їх задоволеність роботою. Лише 0,7% головних лікарів відповіли, що є незадоволеними своєю роботою і введення капітації жодним чином не вплинуло на їх 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	41,6	12,1	2,7	0	0	0
Скоріше задоволений (-а)	24	13,4	8,1	2,7	0	0	0
Частково задоволений (-а), частково ні	11	6	4	0	0	0,7	0
Скоріше незадоволений (-а)	5,4	2,7	2	0,7	0	0	0
Незадоволений (-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 за зміною задоволеності після введення капітації

Джерело: обстеження “Головні лікарі”

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

84% головних лікарів відзначили, що після введення капітації відбулися зміни у їх роботі, як керівників закладів охорони здоров'я. Напевно, головною зміною, яка відбулася на думку головних лікарів закладів ПМД, 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 комунальну неприбуткову установу.

Респонденти позитивно сприймають можливість самостійного підписання договорів та формування фінансових планів. Це надає адміністрації можливість формування інструментів мотивації персоналу – в першу чергу фінансових. Капітаційний механізм та автономізація закладів створили можливість 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 із персоналом.

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

Більшість головних лікарів (80%) вважають, що необхідно переглянути вікові коефіцієнти капітаційних ставок. При чому, на їхню думку, коефіцієнти необхідно переглянути у сторону збільшення. Проте дані 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 адміністративний тиск (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%).

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 в плані закупівлі техніки та програмного забезпечення, так й у аспекті навчання персоналу. Серед причин неготовності до роботи з електронними системами відзначається відсутність обладнання та фінансування для його придбання.

	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"

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. В тому числі, головні лікарі, як керівники комунальних установ некомерційних установ, отримали право укладати договори з іншими установами.

Однак майже 25% медичних закладів не використовували можливість укладати договори. Договірні умови, переважно, укладаються з комунальними та приватними лабораторіями для проведення аналізів (35%), з закладами, які надають вторинну (спеціалізовану) медичну допомогу, а також приватними установами – для надання різноманітних послуг та постачання товарів (охорона, ремонтно-будівельні роботи, медикаменти та устаткування). Головною причиною не укладання 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 зі сторони департаментів охорони здоров'я та місцевої влади. У решті випадків департаменти та місцева влада ставляться до установ нейтрально – лише 5% головних лікарів сказали, що вказані органи бездіють або час від часу протидіють їм.

86,5% закладів ОЗ мають плани розвитку або бізнес-плани для перспективного розвитку закладу. На основі цього документу головні лікарі/директори закладів охорони здоров'я реалізують заходи з розвитку закладів, в 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 їх закладу. У якості заходів, які були здійснені для підготовки до цього процесу переважно називалися автоматизація та комп'ютеризація закладів, впровадження МІС, ISPS-2С 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 вони 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 та те, що достовірність досягнення цілей може бути неможливо перевірити.

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

- кількість декларацій;
- рівень задоволеності пацієнтів;
- виконання щеплень, онкологічних профогляд, 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

Згідно з опитування 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 склали жінки віком від 40 до 65 років (28,8%), від 18 до 39 років (16,9%), старше 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
Старше 65 років	18,7	5,8	12,8

Таблиця 81. Розподіл відвідувачів закладів охорони здоров'я

Джерело: обстеження Пацієнти

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

Пацієнти в цілому позитивно оцінюють різні аспекти якості надання медичної допомоги у 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 підписана декларація, 62,5% – якістю лікування.

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 і чистоту. Ці дані кореспондуються і 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 з (відповіді «цілком задоволені» та «скоріше задоволені») і вказують на покращення ставлення лікарів до пацієнтів.

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 підписана декларація	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 – це дуже погано, а 5 – дуже добре)

Примітки: кожен рядок показує процент пацієнтів, який обрав відповідне значення на шкалі. Сума процентів по кожному рядку складає 100%.

Джерело: обстеження Пацієнти

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

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%)

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

та лікарнях (81,7%). Більшість пацієнтів в усіх типах закладах високо оцінила якість лікування: від 55,3% у лікарнях до 83% у амбулаторіях. Аналогічний розподіл відповідей спостерігається у за якістю «сервісних» послуг: від 42,6% у лікарнях до 63,3% у амбулаторіях.

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 підписана декларація	81,7%	80,5%	90,5%	80,1%	88,9%

Таблиця 83. Розподіл оцінки “Дуже добре” діяльності закладів ПМД за типами закладів

Джерело: обстеження Пацієнти

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 100 тисяч осіб рівень оцінки інфраструктури становить 29-33%, якості лікування – 48-60%, інших сервісних послуг – 44-52%, а загальної задоволеності – 68-77%.

З іншого боку, для селищ та сіл ці показники становлять відповідно 40-49%, 50-72%, 39-60% та 75-87%. Такі результати пояснюються різницею у персональних очікуваннях від надання послуг: мешканці великих міст більш вибагливі до послуг, в той час як мешканці сіл звикли до низького рівня розвитку інфраструктури охорони здоров'я. Також це може бути пов'язано із відмінностями в потребах українців в залежності 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 найбільше турбує селян, ніж містян.

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 підписана декларація	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

Джерело: обстеження “Пацієнти”

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

4.6.2. Оцінка лікарської професійності

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 в цілому високо оцінюють професіоналізм лікаря, і ставлять найвищу оцінку, повністю погоджуючись з 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, за виключенням пункту 18. Єдиним цікавим винятком виступило твердження «Був здатен уявити себе на моєму місці», яке повністю підтримали всього 53,7% пацієнтів, причому 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 уявити 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 погоджується) та «Цікавився тим, чого я очікую від лікування» (71,8% повністю погоджується) вказують на збереження патерналістичної моделі відносин між лікарем і пацієнтом, яка розглядає лікаря як головну фігуру у взаєминах з пацієнтом, який встановлює особливі опікунські відносини над пацієнтом²⁶. Також можна зробити припущення, що окремі лікарі не володіють навичками емпатії у достатній мірі і не завжди цікавляться думкою пацієнтів.

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

	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 задати питання 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. Задавав питання, 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 у роботі медичних закладів після 1 січня 2019 року за 4 критеріями із 6 запропонованих у дослідженні (**Таблиця 86**). В цілому, 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 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 у 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.

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

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

Характеристики	-3	-2	-1	0	1	2	3	Не можуть 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 процент пацієнтів, який обрав відповідне значення на шкалі. Сума процентів по кожному рядку складає 100%

Джерело: обстеження “Пацієнти”

Для визначення характеристик пацієнтів, які впливають на оцінку змін у діяльності ПМД після 1 січня 2019 були побудовані 6 лінійних ймовірнісних моделей. Зокрема, ті, хто обрав -3,-2 і -1 по шкалі від -3 до +3, де 0 представляє відсутність змін, були об'єднані в категорію респондентів, які оцінюють зміни негативно. Всі інші респонденти увійшли в базову категорію, за винятком тих, хто не зміг визначитися і був виключений з аналізу.

Найбільше статистично значимих характеристик було виявлено у 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 лікаря через Інтернет; респонденти, які не змогли відвідати лікаря у день звернення або прийшли на прийом в «живу чергу», та ті, хто отримав направлення.

4.6.4. Аналіз рекомендацій та побажань пацієнтів

В цілому, респонденти високо оцінюють професійний рівень лікарів і якість лікування, але відмічають проблеми з інфраструктурним станом і якістю сервісних послуг. Крім того, існують певні проблеми з достатністю обладнання і персоналу, особливо у 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 за 4-ма критеріями із запропонованих 6.

Хоча покращення інфраструктури потребуватиме значних інвестицій, існують деякі побажання пацієнтів, які порівняно легко впровадити. Це стосується можливості запису на візит через інтернет або телефон, отримання контактів лікаря, а також кращого інформування про необхідність і виправданість платежів за платні послуги, що може 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)

4.7.1. Організаційний потенціал надання ПМД. Відмінність типів закладів

В середньому, за кількістю наявного населення найбільше навантаження припадає на лікарні (більше 44 тис осіб) та ЦПМСД (майже 38 тис осіб), поліклініки на третьому місці (майже 28 тис осіб). Рівень підписання декларацій за типом закладу складає 74-77% від кількості населення на приписані території. За кількістю штатного персоналу найбільшими закладами є поліклініка (175 особи) та ЦПМСД (125 осіб). Від 37% до 47% персоналу складають медичні сестри, в той час як лікарі – від 15% до 24%. Одночасно, в середньому лікарів найбільше в лікарнях та поліклініках (по 26 особи), ЦПМСД – (22 особи), а найменше в амбулаторіях (4 особи). Відповідно в середньому на одного лікаря припадає близько двох медсестр: поліклініки – 3,2, амбулаторії – 2,5, ЦПМСД – 2,1, лікарні – 1,6.

Таким чином, в середньому на одного лікаря припадає 799-1,315 підписаних декларації (найменше – в поліклініках, найбільше – в ЦПМСД). В середньому на одну медичну сестру приходить 251-801 підписаних декларацій: лікарні – 801 особи, ЦПМСД – 636 осіб, амбулаторії – 460 осіб та поліклініки – 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, які були розміщені на інформаційних дошках закладу, мали фактично всі заклади ПМД, за виключенням двох закладів, де інтерв'юерами встановлено факт відсутності інформації щодо початку роботи, та у чотирьох – щодо закінчення.

Також зафіксовано окремі відмінності щодо годин прийому (у 6 закладів або 3,6% від загальної чисельності, 5 з яких – центри ПМСД, які розташовані як у міських, так і сільських поселеннях). Це стосувалося переважно часу закінчення робочого дня на 3-15 хвилин пізніше, ніж вказано у графіку. В одному закладі (Івано-Франківська обл.) інтерв'юером було зафіксовано порушення графіку закінчення роботи на 180 хв (3 години) (зафіксований час закінчення роботи 12:45 замість 15:45 за графіком).

За даними опитування відхилення від графіку роботи зафіксовано лише у 4,3% закладів. За інформацією, яку отримали від лікарів/пацієнтів, відхилення від графіку роботи зафіксовано в окремих закладах –центрах ПМСД, що розташовані переважно у сільських поселеннях і малих містах. Ці відхилення стосувалися закінчення графіку роботи (роботу закінчували раніше, ніж вказано у графіку від 10 до 140 хв) (5 закладів), у 2 інших – роботу закінчували пізніше на 8 і 120 хв відповідно. 71,2% (116) закладів розпочинали свою роботу о 8:00, 8,6% (14) – о 8:30, 8,0% (13) – о 9:00.

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

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

Відомості про режим роботи надавача ПМД у вихідні і 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, що були реорганізовані на базі лікарень та 66,7% закладів ПМД, що були реорганізовані на базі поліклінік. 19% з тих, хто розмістив у закладі цю інформацію, розпочинає роботу о 9:00.

Встановлено, що практично кожен третій заклад ПМД, які були реорганізовані на базі лікарень, розпочинали свою роботу у вихідні і святкові дні з 9:00. Це стосувалося і кожного п'ятого закладу ПМД, що були реорганізовані на базі поліклінік.

У вихідні і святкові дні первинна медична допомога з 8:00 доступна для мешканців всіх типів поселень. Це практично кожен другий заклад ПМД, розташований у місті з населення від 20 до 50 тис, а також у 66,7% закладів у містах від 50 до 100 тис, а також це стосується і сільських поселень та малих міст (менше ніж 20 тис. населення). З 9:00 у такі дні розпочинають свою роботу 66,7% закладів ПМД, що розташовані у містах з населенням понад 100 тис. Також це стосувалося кожного

третього закладу ПМД (33,3%), розташованого в м. Києві та обласних містах; кожного четвертого (25%) – містах з населенням від 20 до 50 тис.

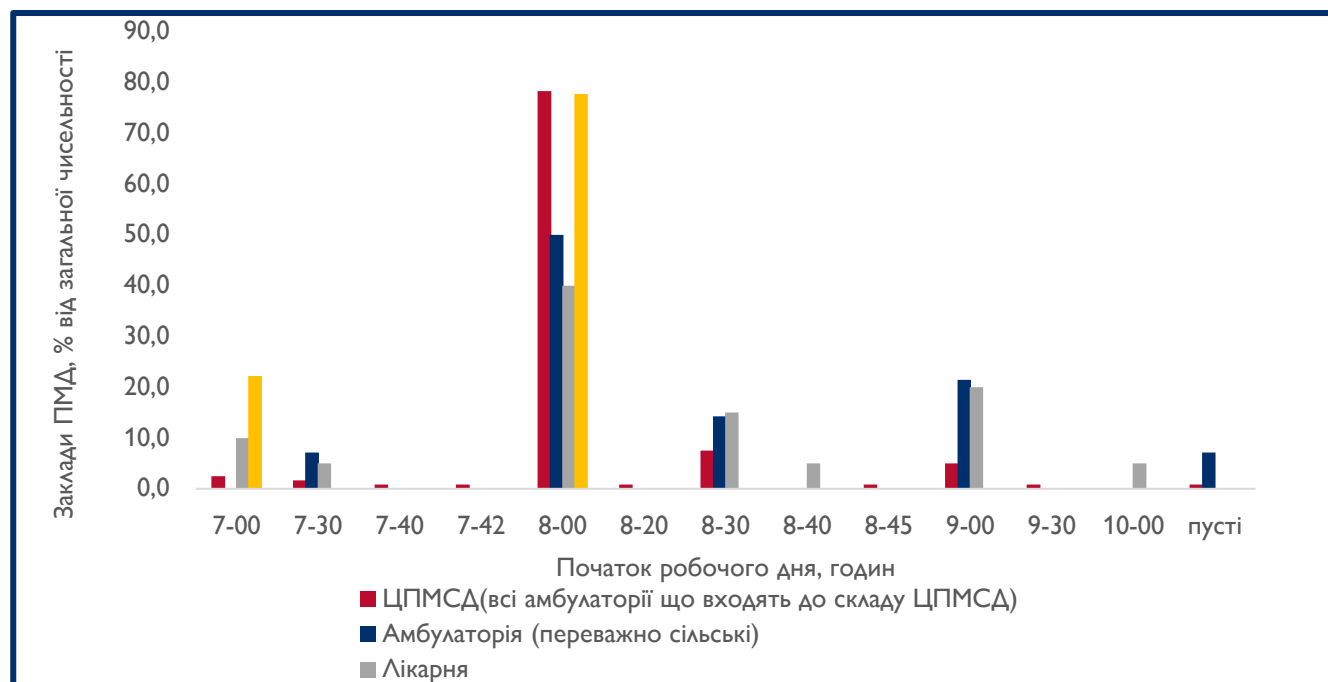


Рисунок 24. Розподіл закладів ПМД за початком їхньої роботи, відсотків

Джерело: обстеження “Фінансові показники”

Час закінчення роботи у вихідні і святкові дні має значні коливання – від 12:00 до 20:00. В цілому прийом пацієнтів здійснювався до 13:00 (10,4% закладів з тих, які мають інформацію про роботу у вихідні і святкові дні) або 14:00 (9,8%). Також до 15:00 працюють 13,5% закладів з тих, які надали таку інформацію; до 16:00 – 3,1%; 18:00 – 5,5%; 19:00 – 2,5%; 20:00 – 1,2%. 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 і святкові дні переважно о 13:00, 8,3% – 14:00, 12,5% – 15:00, по 4,2% – 16:00 і 18:00. 15% лікарень, закінчували свою роботу у ці дні о 14:00, кожен п'ятий з них (20%) – о 15:00, кожен десятий (10%) – о 18:00. Найбільші коливання щодо закінчення часу роботи зафіксовано у закладах ПМД, що були реорганізовані на базі поліклінік: частина з них вказує на закінчення роботи у вихідні і святкові дні о 14:00, інші – 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 тис, закінчували свою роботу у вихідні і святкові дні о 13:00. Аналогічно це стосувалося 18,8% закладів, розташованих у містах з населенням менше 20 тис; 21,1% – селища міського типу; 7,8% – селах. Окремі заклади, як і розташовані у великих і містах з населення понад 100 тис, закінчували свою роботу о 15:00. 27,3% таких закладів розташовані у м. Києві і 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 і святкові дні заклади ПМД, розташовані у м. Києві та обласних, великих і середніх містах. Так о 18:00 закінчували свою роботу у такі дні 12,1% закладів, розташованих у м. Києві та обласних містах; 12,5% – у містах з населенням від 20 до 50 тис. Кожен шостий заклад (16,7%), розташований у містах з населенням від 50 до 100 тис. закінчували свою роботу о 18:30. 9,1% закладів, які розташовані у м. Києві та обласних містах, найпізніше закінчували свою роботу (19:00).

Інтерв'юерами відмічено, що у 12,9% закладів була зафіксована невідповідність присутності лікарів на робочих місцях на початку робочого дня та початку прийому пацієнтів. Таку ситуацію спостерігали у 12 центрах ПМСД, 3 амбулаторіях, 5 лікарнях, одному закладі ПМД на базі міської поліклініки. В основному це стосувалося лікарів ЗПСМ (17 лікарів) і терапевтів (4). Також такі відхилення найбільше були зафіксовано у закладах, які розташовані у містах з населенням від 20 до 50 тис. (6 із 21) і селищах міського типу (9 із 21). Залежності між відхилення від графіку і запізнення лікарів на подальшу витрату часу на одного пацієнта не зафіксовано, оскільки тривалість прийому лікарями у розрізі видів населених пунктів (за даними Форми Хронометраж) суттєво не відрізнялася, за виключенням міст з населенням від 50 до 100 тисяч осіб (8,6 хв).

В цілому у 65,03% закладів прикріплене населення може записатися до лікаря через Інтернет, в т. ч. до 65,8% центрів ПМСД, 57,1% амбулаторій (переважно сільських), 50% закладів, реорганізованих на базі ЦРЛ або РЛ, 100% закладів, реорганізованих на базі поліклінік.

Найкращі можливості записатися через Інтернет до лікаря фіксувалися у обласних центрах та м. Києві (90,9% закладів), що пояснюється розвитком таких мереж у великих містах. Щодо сільської місцевості, то майже другий заклад мав таку можливість (26 із 51 або 51%), селищах міського типу – 63,2% (24 із 38), містах з населення менше ніж 20 тис. – 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 ЦРЛ або РЛ, та сільських амбулаторій, то це практично кожен другий.

Аналіз даних за типом населених пунктів показав, що 43,8% закладів (39 із 89), до яких не можна було записатися Інтернет, розташовані у 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 обла стей.

Виявлено проблеми щодо запису через Інтернет у окремих закладах, що були реорганізовані на базі лікарень і розташовані в окремих містах з населенням від 50 до понад 100 тис (Львівська, Херсонська, Чернігівська), і навіть у обласних центрах (міста Львів, Херсон). За даними опитування

відсоток пацієнтів, які записалися в день відвідування до лікарів з використанням Інтернету, в середньому склав 12,3% при значному коливанні даного показника (від 1 до 70% в залежності від типу закладу) (**Рисунок 25**).

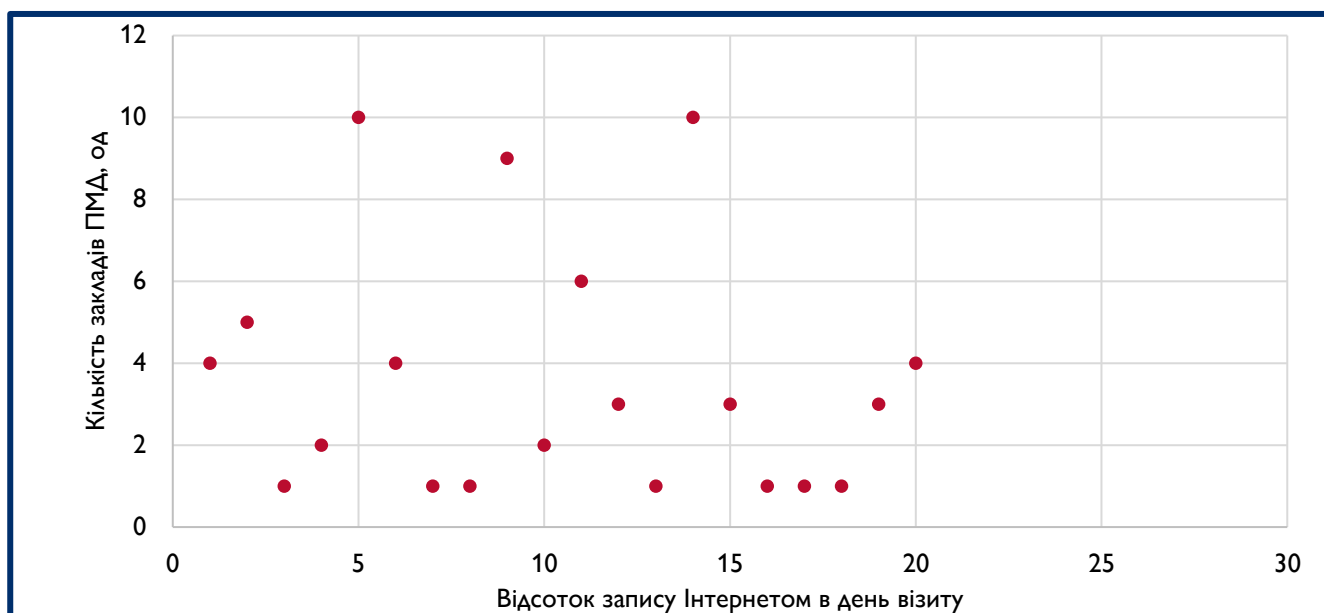


Рисунок 25. Розподіл закладів за можливістю запису через Інтернет в день візиту пацієнта
Джерело: обстеження “Фінансові показники”

30% пацієнтів мали таку змогу у 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 прийому. 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 і м. Києва (наприклад поселеннях, де використовується електронна система Helsi.me).

Стосовно запису до лікаря телефоном в день візиту пацієнта, то така можливість була у 93,3% закладів, в тому числі 93,3% ЦПМСД, 92,9% амбулаторій, 90% лікарень і 100% поліклінік. Лише 11 закладів, які розташовані у селах (7), містах з населенням менше ніж 20 тис (2) та містах з населенням від 50 до 100 тис (2) 7 областей, не мали такої можливості. В середньому кожен третій пацієнт (31,4%) записався в день відвідування 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.

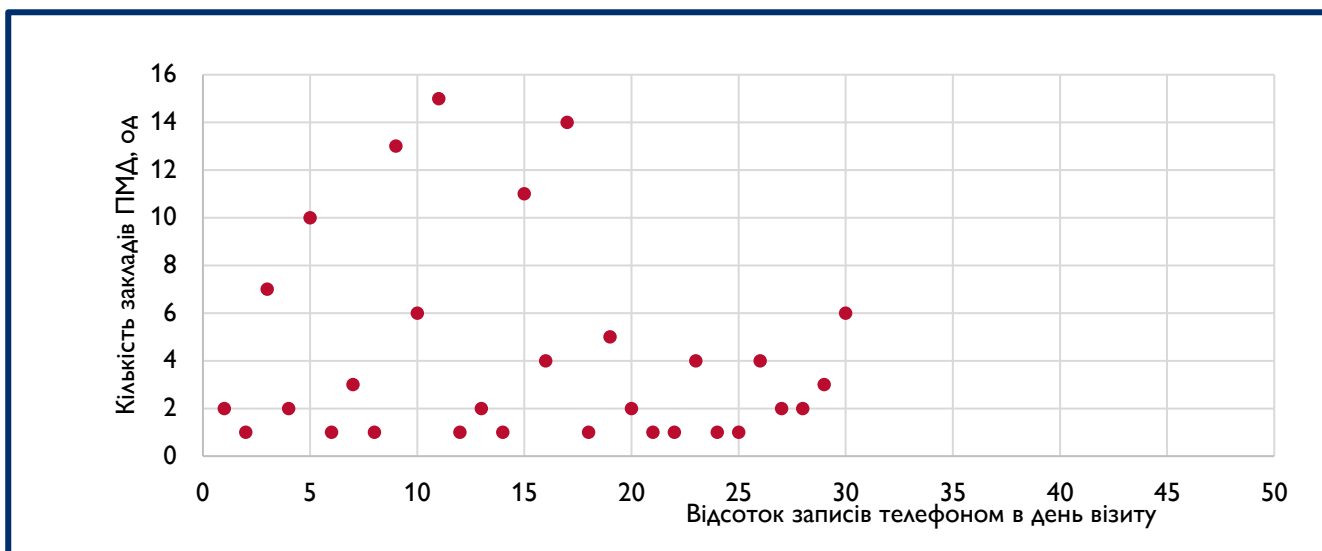


Рисунок 26. Розподіл закладів за можливістю запису телефоном в день візиту пацієнта, у відсотках до загальної чисельності

Джерело: обстеження “Фінансові показники”

У 97,5% закладів можна записатися на прийом через реєстратуру у день відвідування лікаря (**Рисунок 27, Рисунок 26**). Такої можливості не було лише у 4 закладах Вінницької, Чернівецької, Чернігівської областей. Це ЦПМСД (2), одна АЗПСМ та один заклад, реорганізований на базі лікарні, розташовані у сільській місцевості і невеликих містах. Однак, була можливість 100-відсотково записатися на прийом до лікаря за телефоном.



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

Джерело: обстеження “Фінансові показники”

В цілому дані опитування вказують на збереження традиційної практики запису до лікаря чи закладу, особливо у в день візиту пацієнта, коли виникає потреба у зверненні – реєстратура і телефон, рідше за допомогою Інтернету. Це може бути пов'язано як із коротким терміном

запровадження та використання електронної системи охорони здоров'я, веденням лікарями прийомів у форматі 50:50 (запис через Інтернет і «жива» черга), так і «звичками» населення використовувати традиційні способи комунікації при виникненні потреби у зверненні до закладу.

За даними опитування майже не було зафіксовано відхилення часу від запису на прийом до лікаря: 80% закладів не мали таких відхилень. У 20% інтерв'юери фіксували відхилення в середньому на 12,3 хв (мінімальне значення – 2 хв, максимальне – 30 і 40 хв (3 випадки)). Такі відхилення фіксувалися в основному у 10 ЦПМСД, розташованих у селах – затримка від 5 до 40 хв; селища міського типу – затримка від 2 до 20 хв (всього 9 закладів, з яких 4 ЦПМСД, 2 сільські АЗПСМ, 3 лікарні). У містах обласного значення встановлено одиничні випадки в 6 закладах – затримка до від 3 до 15 хв; містах з населенням від 20 до 50 тис. – від 2 до 10 хв (5 закладів).

Розподіл закладів за загальною площею у м² за типами закладів показав, що 42,5% ЦПМСД та 57,1% АЗПСМ мали загальну площу до 500 м² (в середньому на 4-6 лікарських кабінетів). Ще 31,7% ЦПМСД розміщені на площі 600-3600 м² (8-10 кабінетів), 35,7 % АЗПСМ – від 500 до 900 м² (4-6 кабінетів). Загальна площа тих закладів ПМД, що були реорганізовані на базі лікарень і поліклінік, більша: у 66,7% поліклінік в діапазоні 700-1000 м²; лікарень –1000-8000 м². Розподіл закладів за загальною площею у м² за типами поселень показав, що третина закладів (36,8% від їх чисельності), які розташовані у селищах міського типу та 72,5% у селах мали загальну площу до 500 м². У великих містах (обласні центри та м. Київ) – від 4001-8000 м² (30,3%) (**Рисунок 28**). 11,8% закладів ПМД, які розташовані у селах, та 34,2% тих, що були у селищах міського типу, мали загальну площу від 500 до 1000 м² (6–10 кабінетів для прийому пацієнтів). Це може бути пов'язано з розбудовою саме амбулаторій ЗПСМ для лікарів в сільській місцевості, який реалізувався в рамках проекту Мінрегіонбуду «Децентралізація»²⁸, починаючи з 2018 р.

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

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

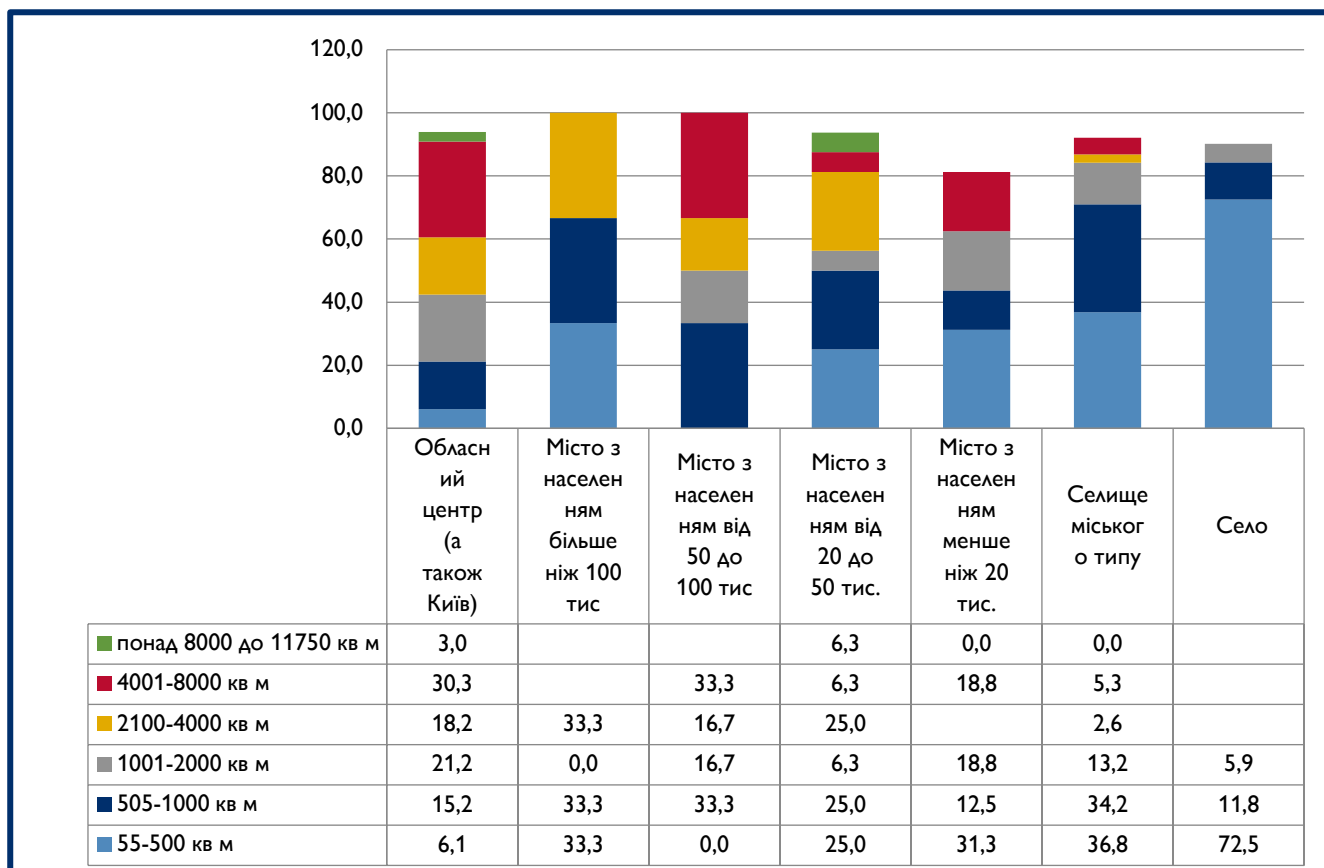


Рисунок 28. Розподіл закладів за типом поселень за загальною площею у м², у відсотках до типу поселень

Джерело: обстеження “Фінансові показники”

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

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

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 http://kbu.org.ua/assets/app/documents/Grafic_obgovoren/02.11.2017

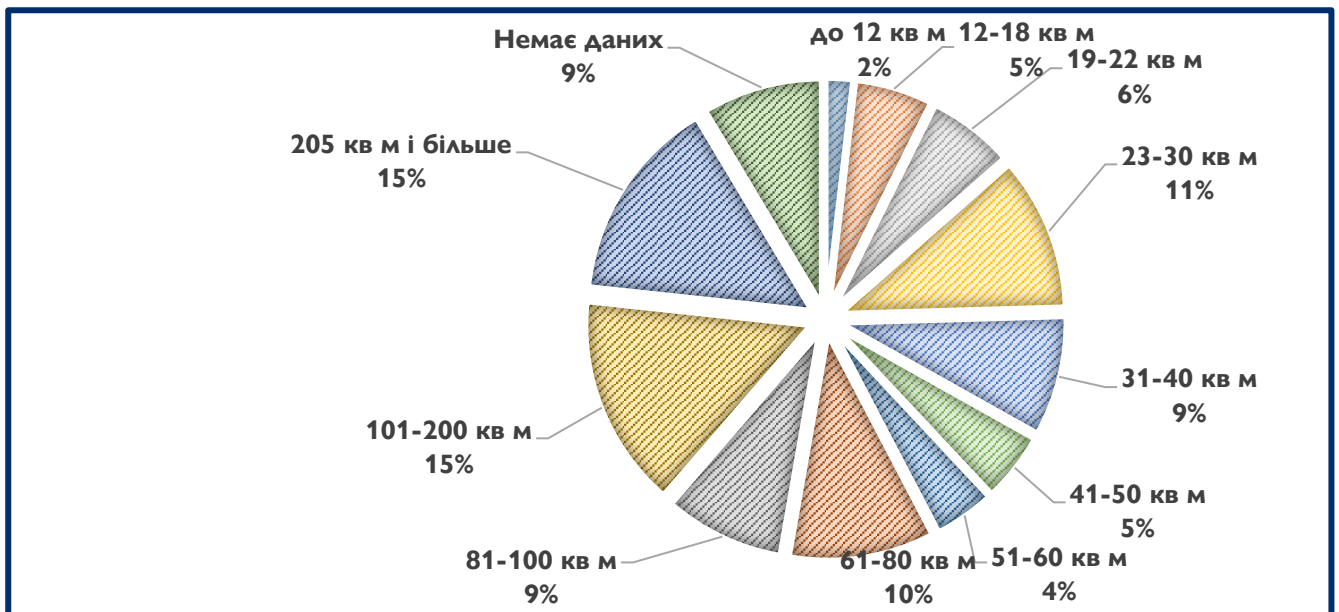


Рисунок 29. Розподіл закладів ПМД за площею одного кабінету, відсотків

Джерело: обстеження “Фінансові показники”

	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 у закладах ПМД

(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 були обладнані 69,9% закладів, 9,8 % – не потребували. Відсутні пандуси у 17,2% закладах. Найкраще інклюзивність доступу була забезпечена у центрах ПМСД (67,5%), лікарнях (85%) і поліклініках (100%), дещо гірше у амбулаторіях ЗПСМ – 14,3% яких не забезпечені пандусами. Особливо це стосувалося невеликих міст (до 20 тис населення), селищ міського типу і сіл (**Рисунок 30**).

62% закладів мали спеціальні місця для залишення дитячих візочків. Найкраща ситуація у ЦПМСД (65%) і амбулаторіях (78,6%), дещо гірша у закладах, які були організовані у комунальні некомерційні підприємства шляхом виділення із структури ЦРЛ та районних лікарень (35%) або поліклінік (55,6%). Щодо розподілу закладів за типом поселень, то картина практично однорідна в усіх типах поселень: 54,5% (обласні центри) до 64,7% (села) мали спеціальні приміщення для вказаних цілей. Найкраща ситуація – у містах з населенням понад 100 тис (100% забезпечення). Ігрові зони чи спеціальні місця для очікування з дітьми наявні у 37,4% закладів ПМД. Найкраща ситуація у центрах ПМСД (40,8%) та АЗПСМ (35,7%). Щодо лікарень і поліклінік, то лише кожен четвертий з них має такі зони (відповідно 25% і 22,2%).

В цілому 83,3% закладів, розташованих містах з населенням від 50 до 100 тис, мали ігрові зони. Найгірша ситуацію у закладах, які розташовані у обласних центрах: тільки кожен четвертий заклад мав обладнану зону для очікування з дітьми. В невеликих містах і селищах міського типу – лише кожен третій (відповідно 37,5% і 34,2% закладів).

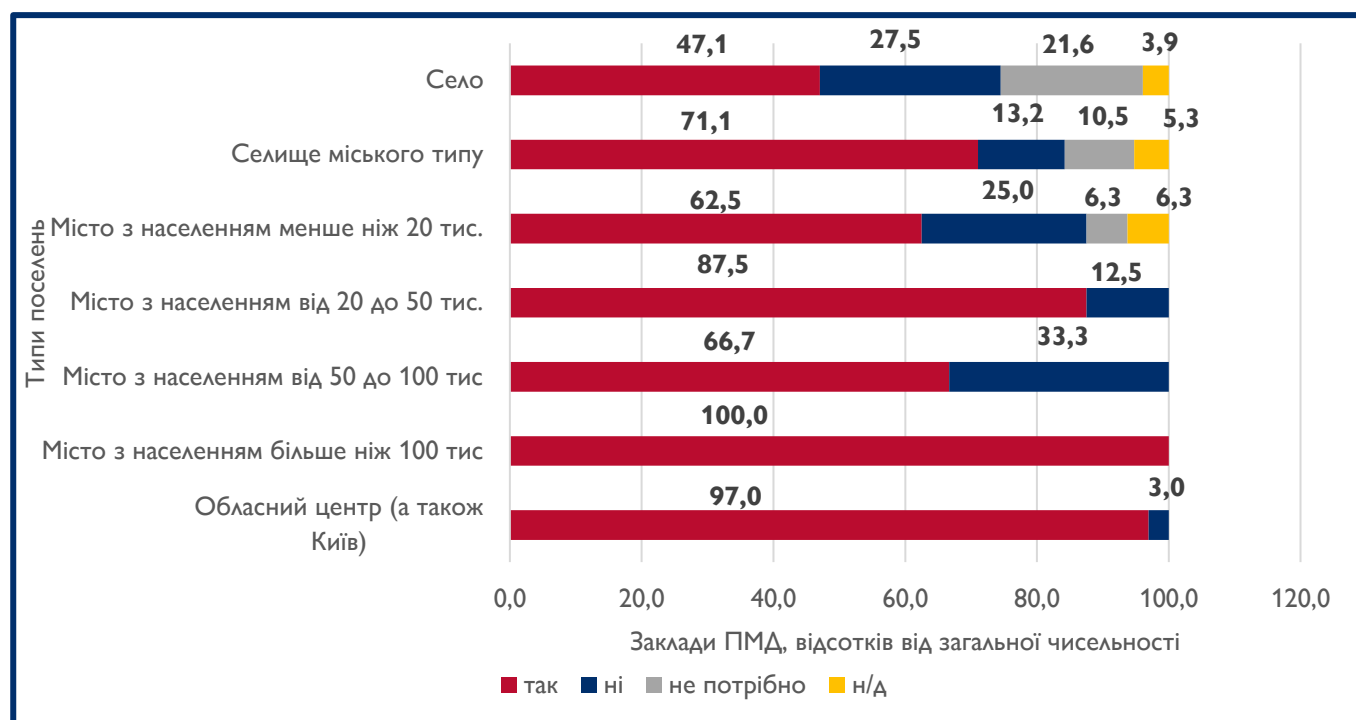


Рисунок 30. Наявність пандуса: розподіл закладів за типом населеного пункту, відсотків

Джерело: обстеження “Фінансові показники”

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

Лише кожен третій заклад ПМД (30,7%) мав спеціальний туалет для маломобільних груп пацієнтів. Найкраща ситуація у поліклініках (45%) та тих закладах, які знаходяться у обласних і великих містах (відповідно 66,7% мають такі туалети). Найгірша – у центрах ПМСД (25,8% таких закладів) та закладах, які розташовані у сільській місцевості (відповідно 18,4% у селищах міського типу; 13,7%

у селах; 25% у містах до 20 тис. населення; 33,3% у містах від 50 до 100 тис. населення; 37,5% у містах з населення від 20 до 50 тис.). Санвузли 71,2% закладів були забезпечені засобами для миття рук. Це стосувалося всіх типів закладів, за виключенням амбулаторій (кожна друга за даними Хронометражу). Найкраща ситуація щодо дотримання відповідних гігієнічних умов у закладів ПМД, що розташовані у обласних центрах (84,8%), містах з населенням понад 100 тис (100%), містах з населенням від 50 до 100 тис (81,3%), селищах міського типу (71,1%). Гірша ситуація – у малих містах з населенням до 20 тис. (62,5%) та селах (62,7%) (**Рисунок 31**).

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

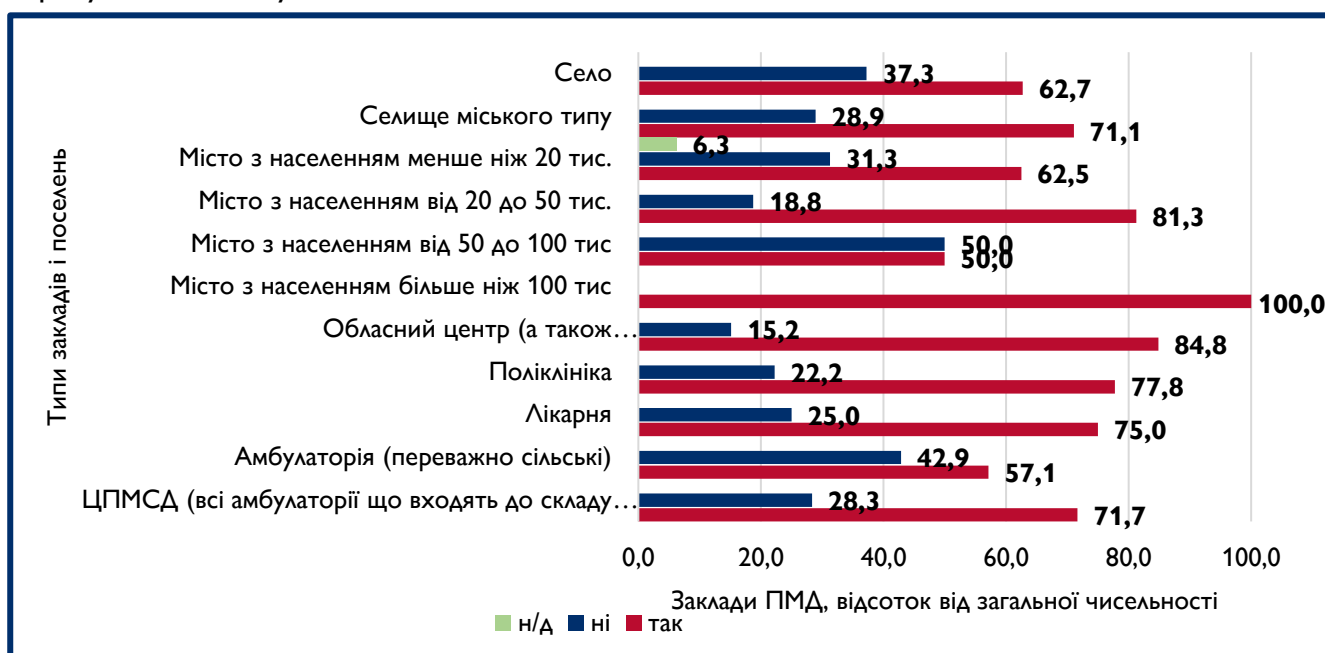


Рисунок 31. Наявність засобів для миття рук в санвузлах закладів ПМД за їх типами і поселеннями, відсотків

Джерело: обстеження “Фінансові показники”

73% закладів мають від 1 до 10 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, мають від 11 до 20 кабінетів 36,4% закладів, що розташовані у обласних центрах, а також містах з населенням більше ніж 100

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 (із змінами)/ <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z0570-13>

тис (33,3%) і з населенням від 20 до 50 тис. (43,8%). У 99% закладів наявні приміщення для очікування прийому; у 2 центрах ПМСД такі місця за даними опитування відсутні (Сумська, Кіровоградська області).

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 – сімейної медицини	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

Джерело: обстеження “Фінансові показники”

Переважно, в 2018 році найбільші бюджети були у поліклініках (**Таблиця 89**) – в середньому дохідна частина бюджету складала 27 млн грн. В той час, як середній бюджет ЦПМСД був майже 18 млн грн, а лікарні – більше 13 млн грн. На одну амбулаторію припадало майже 2,4 млн грн.

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. В 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 складала 17-23%, за виключенням 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. Більш того, за розміром бюджету. ЦПМСД поступилися лікарням другим місцем. На першому місці залишилися поліклініки. Така ситуація може бути пов'язана із термінами («хвилями») заключення договорів, більшість центрів

ПМСД заключали договори з НСЗУ у першу і другу хвилю, а заклади, які були реорганізовані на базі ЦРЛ/РЛ, – переважно у третю.

	ЦПМСД	Амбулаторія	Лікарня	Поліклініка
ДОХОДИ (усього)	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 (усього)	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, гривень, 2018

Джерело: обстеження “Фінансові показники”

В 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 програми 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 займають 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% в 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.

	ЦПМСД	Амбулаторія	Лікарня	Поліклініка
ДОХОДИ (усього)	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 (усього)	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, гривень, 3 квартали 2019

Джерело: обстеження "Фінансові показники"

Для фонду оплати праці характерним є скорочення частки оплати медсестр та збільшення частки оплати лікарів. Якщо 2018 році частка витрат на оплату праці медсестр у фонді оплати праці була основною статтею видатків і складала 40-46%, то в 2019 вона впала до 36-38%. Більш того в усіх закладах, незалежно від питомої ваги фонду оплати праці у структурі загальних видатків, в 2019 році зросла частка оплати праці лікарів при одночасному зменшенні частки медсестр. Це може бути сигналом, що оптимізація персоналу закладів ОЗ відбувається шляхом скорочення середнього та іншого персоналу або зменшення їх заробітних плат відносно лікарів.

Якщо розглянути середній фонд заробітної плати на одного лікаря та медичну сестру, то загалом існує позитивний взаємозв'язок (). Іншими словами, якщо заробітна плата лікаря вища, то вищою є й заробітна плата медичних сестер. Виключенням є поліклініки, для яких характерні найвищі середні заробітні плати лікарів (більше 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 – 16,7 тисяч грн. З іншого боку, рівень заробітної плати не пов'язаний з 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 характерним є менша питома вага оклад та більше питома вага премій, ніж у медичних сестер.

Отже, збільшення фонду оплати праці лікарів після реформи відбулося за рахунок оптимізації кількості середніх медичних працівників, а також все ще важливу роль у структурі заробітної плати порівняно з окладом займають премії та доплати.

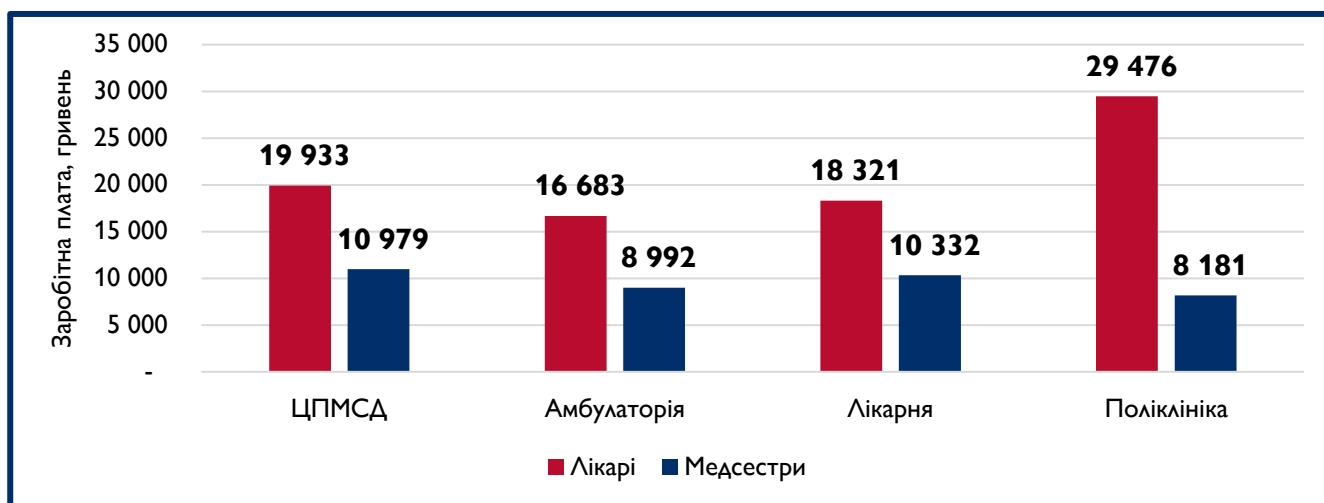


Рисунок 32. Середня місячна заробітна плата лікарів та медсестр за типом закладу, 2019

Джерело: обстеження “Фінансові показники”

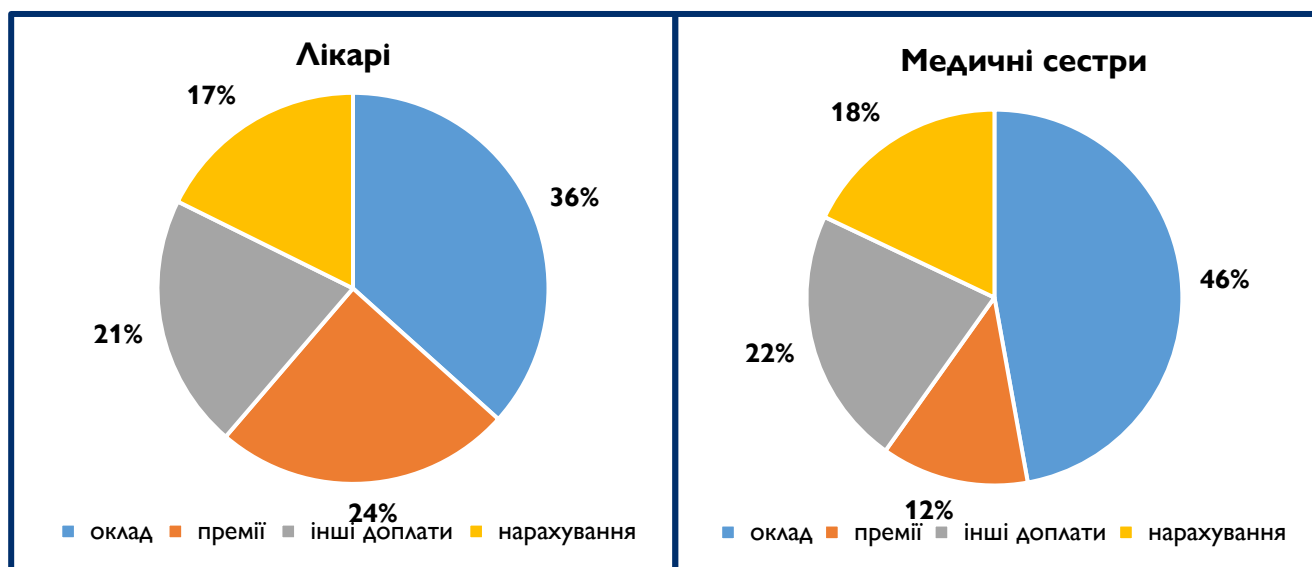


Рисунок 33. Структура фонду заробітної плати лікарів та медсестр, 2019

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. Найменша частка закладів ОЗ, які мають план розвитку у поліклінік (67%), в той час як такі документи мають всі амбулаторії, 95% лікарень та 85% ЦПМСД (**Рисунок 34**).

Частка закладів, які покращують технічну базу є не нижче 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 й з інших джерел (21-56%). Слід відзначити, що капітаційне фінансування менше використовується для покращення технічної бази амбулаторіями (50%) та лікарнями (45%), а більше ЦПМСД (70%) та поліклініками (78%).

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

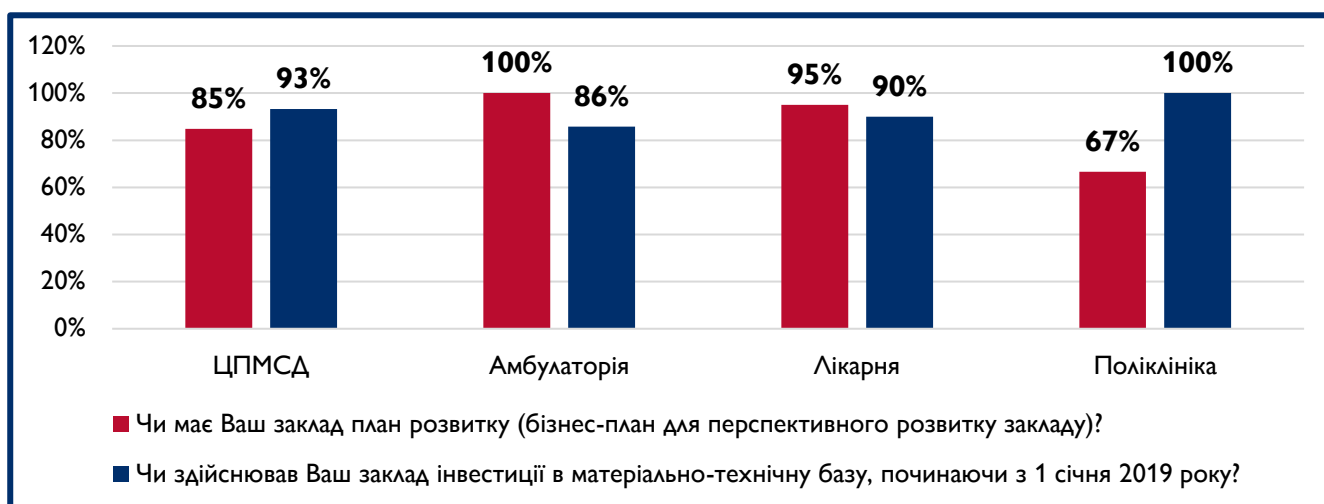


Рисунок 34. Наявність планів розвитку та інвестиційної активності

Джерело: обстеження “Фінансові показники”

	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

Джерело: обстеження “Фінансові показники”

Склад матеріально-технічної бази демонструє наступні тенденції. В цілому, з представленого переліку лише декілька позицій не наявні у значній кількості закладів (**Таблиця 92**). Можна зробити висновок, що з точки зору наявності, найбільш проблемною є позиція гематологічного аналізатору: ним забезпечені лише 61% ЦПМСД, 50% амбулаторій, 80% лікарень та 56% поліклінік.

Також у ЦПМСД є проблеми з наявністю біохімічних аналізаторів (48%), мікроскопів (60%), крісел-каталок (71%) та спірометрів (69%). В амбулаторіях проблемними є наявність центрифуг (71%) та переносних освітлювачів (57%). В поліклініках – сповивальних столиків (67%) та крісел-каталок (67%). В цьому плані найменші проблеми саме в лікарень – рівень їх матеріально-технічного забезпечення відповідно до таблицю оснащення не нижче 80%.

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

	ЦПМСД	Амбулаторія	Лікарня	Поліклініка
Отоофтальмоскоп	96%	79%	100%	89%
Електрокардіограф	97%	100%	100%	100%
Пікфлуометр	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

Джерело: обстеження “Головні лікарі”

	ЦПМСД	Амбулаторія	Лікарня	Поліклініка
1. Отофталмоскоп	88%	79%	95%	78%
2. Електрокардіограф	85%	93%	90%	78%
3. Пікфлуометр	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

Джерело: обстеження “Головні лікарі”

До 7 позицій, за якими окремі типи закладів повністю відповідають табелю оснащення, відносяться 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 в матеріальну базу після реформи і в основному забезпечені основними обладнанням, все ще існують певні потреби.

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

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

У розрізі типів закладів ПМД найдешевша вартість одного прийому у лікарнях та амбулаторіях, як за поточними (113 та 128 грн відповідно), й за загальними витратами (125 та 131 грн відповідно). Капітальні видатки, які складають різницю між двома підходами, незначно збільшують вартість послуги у цих закладах. Трохи дорожчою є вартість візиту у ЦПМСД: 141 та 152 грн відповідно. Найбільша вартість одного прийому в поліклініках (178 та 193 грн відповідно). Загалом, різниця у вартості візиту цілком пояснюється різницею у заробітних платах між закладами, оскільки фонд заробітної плати є головною статтею видатків.

У розрізі типів населених пунктів, загалом спостерігається зворотна залежність між розмірами невселених пунктів та вартістю послуг – чим меншим є населений пункт, тим вищими є витрати на один візит. Відповідно, найдорожчою є вартість прийому у селищах міського типу – 158-171 грн. Найдешевшою є вартість прийому у містах з населенням від 50 до 100 тисяч осіб (124-129 гривень).

	ЦПМСД	Амбулаторія	Лікарня	Поліклініка
Середня вартість прийому на основі загальних видатків, грн	152	131	125	193
Середня вартість прийому 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 прийому на основі загальних видатків, грн	138	149	129	146	158	171	154
Середня вартість прийому на основі поточних витрат, грн	129	140	124	130	139	158	144

Таблиця 94. Середня вартість прийому за типами закладів та типами населених пунктів, 3 квартали 2019 року

Джерело: обстеження “Фінансові показники”, “Хронометраж”

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, даремними чи непотрібними.

Дані щодо навантаження на лікаря в частині кількості візитів пацієнтів у закладі, так і в частині візитів додому показують, що в середньому лікарі приймають пацієнтів в рамках сталих нормативів на один візит (13 хв). 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 на день, в той час як інші 49,3% до 20 прийомів.

Вразливі групи населення більше відвідують заклади ПМД, котрі були 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 опитуваних випадковим чином пацієнтів стали особи з низькими рівнями доходів. Це опосередковано може свідчити про наявний рівень доступності такої допомоги серед вразливих верств населення.

Кількість направлень до СМД, котрі в середньому виписують лікарі ПМД, складає 15 на кожні 100 візитів пацієнтів. Найбільше направлень роблять лікарі закладів ПМД, котрі з'явилися шляхом реструктуризації лікарень широкого профілю. Це може свідчити про можливі надмірні (недоцільні) направлення у зв'язку з 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 вдосконалення удосконалення навчальної програми та процесу у вищих навчальних закладах.

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.

Повідомлення частини головних лікарів (60%) про дефіцит кадрового забезпечення закладів, потребує додаткового вивчення щодо причин та існуючих обмежень на ринку праці. Більш критичною ця проблема є для віддалених закладів. Наприклад, представники лікарень практично не відзначали брак 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 у наданні послуг ПМД, зокрема: зменшення часу очікування у черзі, розуміння переліку гарантованих послуг, позитивне відношення 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 напрямку. 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 в цілому.