



ІНДЕКС ЗДОРОВ'Я. УКРАЇНА
2016

УЧАСНИКИ ПРОЕКТУ



Міжнародний фонд
«Відродження»



Київський Міжнародний
Інститут Соціології



Школа охорони здоров'я
НаУКМА

НАУКОВА РАДА ПРОЕКТУ

Професор Вім Гроот, Маастрихтський університет, Нідерланди

Доктор Мілена Павлова, Маастрихтський університет, Нідерланди

Доктор Еріка Річардсон, Європейська обсерваторія з систем і політики охорони здоров'я

Ірина Постоловська, Школа громадського здоров'я Гарвардського університету

ЗМІСТ

Вступне слово	04
Про «Індекс здоров'я. Україна»	06
Індекс Здоров'я. Україна — 2016	10
Задоволеність медичною допомогою в Україні	14
Звернення до лікаря та попередження хвороб	20
Витрати на допомогу та ліки	26
Знання про здоров'я та здорова поведінка	32
Самооцінка стану здоров'я	38
Система охорони здоров'я та її реформа: погляд споживача	44
Методологія дослідження	49

ВСТУПНЕ СЛОВО

Вікторія Тимошевська

Директор Програмної ініціативи

«Громадське Здоров'я»

Міжнародний фонд «Відродження»



В Україні система охорони здоров'я вже тривалий час перебуває у стані реформування. Намагання впровадити модель сімейної медицини, розділити первинну та спеціалізовану допомогу, пілотні проекти з реімбурсації (відшкодування вартості) лікарських засобів — у жодному з випадків не були реалізовані до кінця. Концепції та підходи до реформування медицини постійно змінювалися. За таких умов реального покращення функціонування системи не відбувається, і в кінцевому результаті громадяни вимушені вдаватися до самолікування, звертатися до нетрадиційної медицини, шукати порад в Інтернеті.

У 2015 році було розроблено та схвалено Національну стратегію реформування системи охорони здоров'я в Україні на період 2015-2020 років. Для послідовного втілення та оцінки успішності впровадження цієї Національної стратегії нагальним є запровадження системного оцінювання доступності та якості надання медичної допомоги в Україні. Адже, як засвідчують проведені в інших країнах дослідження, існує прямий

зв'язок між задоволеністю медичною допомогою та результатом лікування. Крім того, системне оцінювання доступності та якості надання медичної допомоги є вкрай важливим для покращення ситуації у сфері громадського здоров'я в країні.

Зважаючи на цей виклик, Міжнародний фонд «Відродження» разом із партнерами започатковує «Індекс здоров'я. Україна». В цьому році Індекс зафіксував початковий фактичний стан задоволеності громадян, їхній досвід отримання медичної допомоги (амбулаторної та стаціонарної), поведінку людей у разі виникнення проблем зі здоров'ям, доступність лікарських засобів та спосіб життя. В наступні роки буде відстежено, як зміни в системі охорони здоров'я, які відбуваються в рамках реформи (в країні в цілому та на рівні громад), відображаються на кінцевому отримувачі медичної допомоги.

«Індекс здоров'я. Україна» — це в першу чергу інструмент, який допоможе управлінням галузі охорони здоров'я, а також

тим, хто формує політику на національному рівні та в областях, районах, містах, оцінити вплив реформи на пацієнтів та громаду. Ми також розраховуємо, що громада буде активно використовувати представлену інформацію для аргументації своєї точки зору в діалозі з органами влади заради змін на краще.

Очікуємо, що «Індекс здоров'я. Україна» стане якісним та надійним джерелом даних, яке доповнить управлінські інструменти в регіонах. А саме, представлена інформація дозволить зрозуміти краще ситуацію в області, порівняти її з іншими областями та загальнонаціональними показниками, спонукатиме до обміну досвідом між регіонами.

На реалізацію цього дослідження нас надихнув Європейський індекс споживачів охорони здоров'я¹, який порівнює системи охорони здоров'я країн Європейського Союзу та визначає найоптимальніший шлях для їхнього розвитку, та канадський досвід подібного дослідження².

¹ Euro Health Consumer Index

² Healthy Canadians: A Federal Report on Comparable Health Indicators 2012



ПРО «ІНДЕКС ЗДОРОВ'Я. УКРАЇНА»

Центральна роль споживача в цивілізованих системах охорони здоров'я часто помітна в ухвалених рішеннях, де вагомою складовою є його потреби та думки³. Таким чином, поведінка, погляди та сприйняття людини формують та доповнюють політику галузі та способи її впровадження. Саме зворотній зв'язок споживачів та особливо тих, хто уникає звернення за послугою («не-споживачів»), допомагає управлінцям та розробникам політики на національному та регіональному рівнях надавати медичній допомозі таких атрибутів, які сприймаються в суспільстві як характеристики якості та доступності.

Чому така назва — «Індекс здоров'я. Україна»? Найголовнішою ціллю кожної системи охорони здоров'я є покращення здоров'я населення⁴. З нею пов'язують цілі нижчого порядку — зменшення катастрофічних витрат у сфері охорони здоров'я, збільшення чутливості системи/послуг до потреб споживачів тощо.

«Індекс здоров'я. Україна» ґрунтується на емпіричному дослідженні, в якому взяли участь представники домогосподарств України (понад 10 000 респондентів). Дослідження є репрезентативним для кожної області, що дає можливість порівняти більшість показників у

розрізі регіонів (додаткова інформація про методологію дослідження представлена в Додатку).

За відсутності даних, які збиралися би протягом тривалого часу та які б дозволили зробити висновок про те, чи зміни системи є чутливими до потреб людей — Індекс слугуватиме у першу чергу для відстеження того, як змінилася система «із останньою реформою». Започатковується «Індекс здоров'я. Україна» в 2016 році, а далі — з 2017 року — він демонструватиме, як зміни в охороні здоров'я на національному рівні та на рівні громад відображаються на кінцевому споживачеві, на людях, які приймають рішення щодо свого здоров'я.

³ Williams, B. (1994). *Patient satisfaction: a valid concept?*. *Social science & medicine*, 38(4), 509-516.

⁴ Hsiao W (2003). *What is a Health System? Why Should We Care?* Cambridge, MA: Harvard School of Public Health.

«ІНДЕКС ЗДОРОВ'Я. УКРАЇНА» ВКЛЮЧАЄ 5 СКЛАДОВИХ, ЯКІ ПОВ'ЯЗАНІ З ЦІЛЯМИ СИСТЕМИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я



ЗАДОВОЛЕНІСТЬ МЕДИЧНОЮ ДОПОМОГОЮ

Високий рівень незадоволення медичною допомогою часто називають «психологічним бар'єром до споживання медичної допомоги». Якщо в суспільстві переважає такий настрій, то люди уникають звернення за медичною допомогою. Дослідження, проведені в інших країнах, встановлюють зв'язок між задоволеністю медичною послугою та результатом лікування (одужанням), що пояснюється також вищим рівнем довіри до медичних працівників, а відтак сприяє ретельнішому дотриманню схеми лікування⁵. З-поміж різних ланок медичної допомоги були обрані послуги первинної ланки, яка наразі знаходиться у фокусі реформи системи охорони здоров'я, та послуги стаціонарів, до яких звертається значна частка респондентів⁶. Вимірюється двома індикаторами — (1) задоволеністю роботою родинного лікаря чи дільничного педіатра та (2) задоволеністю стаціонарною медичною допомогою.



ЗВЕРНЕННЯ ДО ЛІКАРЯ У ВИПАДКУ ХВОРОБИ ТА ПОПЕРЕДЖЕННЯ ХВОРОБИ

Ранній «вхід» у медичну систему є важливим через потребу раннього виявлення хвороби, адже, по-перше, збільшуються шанси на повернення пацієнта до здорового стану, а, по-друге, вартість раннього втручання є нижчою за лікування запущених випадків. Вимірюється двома індикаторами — (3) зверненням по медичну допомогу у випадку останньої хвороби чи травми та (4) проходженням профілактичного огляду, що включає або проходження загального професійного огляду, або огляду гінеколога для жінок та уролога для чоловіків, або кардіограма у профілактичних цілях (принаймні одна запропонована опція мала здобути від респондента відповідь «так»).

⁵ Bleich, S. N., Özaltın, E., & Murray, C. J. (2009). How does satisfaction with the health-care system relate to patient experience?. *Bulletin of the World Health Organization*, 87(4), 271-278. ⁶ Danyliv, A., Stepurko, T., Gryga, I., Pavlova, M., & Groot, W. (2012). Is there a place for the patient in the Ukrainian health care system? *Patient payment policies and investment priorities in health care in Ukraine. SocietyandEconomy*, 34(2), 273-291.



ВИТРАТИ НА ДОПОМОГУ ТА ЛІКИ

Високі витрати на медичну допомогу та на лікарські засоби найчастіше розглядаються як фінансовий бар'єр, який має такі наслідки: відкладання звернення по медичну допомогу через неможливість її оплати, продаж майна, коштовностей, позичання грошей — усе це призводить до зuboжіння пацієнтів та їхні родини. Вимірюється двома індикаторами — (5) загальними витратами на ліки, куди включено і призначені лікарем ліки, і придбані самостійно пацієнтом (витрати протягом останніх 30 днів) та (6) відкладанням або невідвідуванням лікаря через фінансову недоступність.



ЗНАННЯ ПРО ЗДОРОВ'Я ТА ЗДОРОВА ПОВЕДІНКА

Не лише система охорони здоров'я може сформувавши поведінку пацієнта (наприклад, забезпечити дешевші послуги сімейного лікаря, аніж стаціонару), але й сама людина несе відповідальність за своє здоров'я через рішення, які приймає, та через знання, які здобуває. Тому Індекс включає важливі індикатори, які стосуються (7) вакцинації дітей та (8) знань симптомів інсульту.

«Індекс здоров'я. Україна» є лише частиною проекту, що дозволяє порівняти області між собою, але такий рейтинг доповнюється й іншою інформацією, яка була зібрана та проаналізована в дослідженні: про споживання медичної допомоги представниками домогосподарств, оплату за допомогу та оцінювання отриманої допомоги, знання щодо та ставлення до здоров'я респондентів та реформування системи охорони здоров'я.



СТАН ЗДОРОВ'Я

Результатом поведінки споживача та впливу на нього системи охорони здоров'я є стан здоров'я, який тут вимірюється двома індикаторами — (9) суб'єктивною самооцінкою стану здоров'я та (10) часткою людей з надлишковою масою тіла, підрахованою за допомогою індексу маси тіла.



«ІНДЕКС ЗДОРОВ'Я.
УКРАЇНА — 2016»



Важливим етапом у розбудові системи охорони здоров'я є звернення до дослідження суспільної думки та вивчення знань, попереднього досвіду щодо здоров'я та медицини в країні. У таких дослідженнях не йдеться про істинність чи хибність даних, натомість результати розглядаються як індикатори досягнень та відходження від намічених цілей.

Те, що одна область отримала вищий, а інша — нижчий бал, не має стати ключовим результатом, як і покарання та винагороди, адресовані областям. Індекс здоров'я дозволяє розуміти, де ми є, які досягнення має та чи інша область, і як ці досягнення можуть допомогти іншим областям пропонувати пацієнтам чутливішу до їхніх потреб допомогу та уникати неефективної поведінки.

Є сподівання, що така кількісна оцінка стане поштовхом до обміну вдалими практиками управління, комунікації та попередження хвороб, які вже існують на рівні областей.



Еріка Річардсон

Технічний спеціаліст

Європейська обсерваторія з систем і політики охорони здоров'я

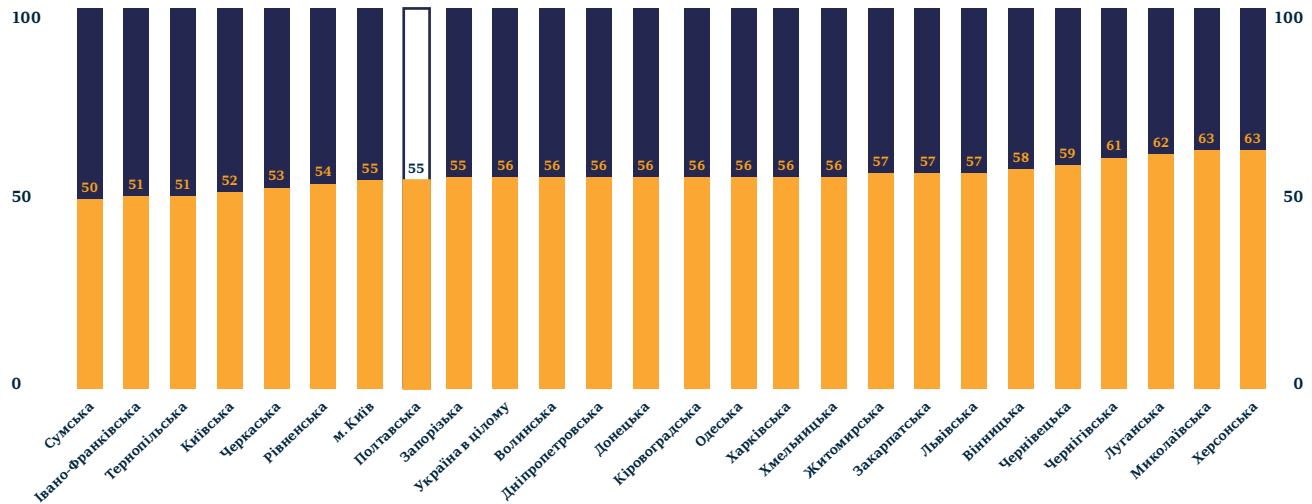
ІНДЕКС ЗДОРОВ'Я. УКРАЇНА — 2016

Загальним висновком Індексу здоров'я є те, що сумарно області показали дуже схожі результати: середнє значення по Україні складає 56 балів. Найбільше балів набрали Миколаївська та Херсонська області (63 бали), тоді як Сумська (50), Івано-Франківська та Тернопільська (51) області здобули найменше балів.

Вимірювання суб-показників (нижче) дає детальніше уявлення про досягнення областей, а також про ті аспекти, які потребують додаткової роботи в окремій області. Наприклад, Тернопільська область є одним із лідерів у таких суб-показниках, як задоволеність медичною допомогою (1-2), однак має досить низький рівень звернень до лікаря у випадку хвороби (3), профілактичних оглядів (4) та знань щодо інсульту, що в кінцевому результаті дало низький результат. Для Івано-Франківської області найнижчим показником стали знання людей про симптоми інсульту.

Графік 1.1. Значення Індексу здоров'я. Україна — 2016

(середнє арифметичне суб-показників 1-10)





ЗАДОВОЛЕНІСТЬ МЕДИЧНОЮ ДОПОМОГОЮ В УКРАЇНІ



Задоволеність медичною допомогою як споживачів, так і «не-споживачів» — це, безперечно, суб'єктивна оцінка, але вона вкрай цінна для зворотного зв'язку з жителями області. Якщо серед людей є негативне ставлення до медицини (або незадоволення), то це стає психологічним бар'єром у зверненні до лікаря, коли настає хвороба, або коли потрібно пройти профілактичний огляд.

У пострадянських країнах оцінюванню задоволеності медициною часто не надають необхідної ваги через її

суб'єктивність, але насправді задоволені пацієнти більш схильні споживати медичну допомогу, бути прихильними до призначеної лікарем схеми лікування, підтримувати стосунки з певним надавачем медичної допомоги та рекомендувати послуги іншим.⁷ Попередні порівняльні дослідження⁸ вказують на досить низький рівень задоволення якістю та доступністю медичної допомоги в Україні серед споживачів (репрезентативні для країн дані 2010 року) — 41% задоволених амбулаторною допомогою в Україні на противагу 70% в Угорщині,

а в стаціонарній допомозі ці показники становлять 44% та 68% відповідно.

Найчастіше спостерігається низький рівень задоволеності у періоди реформ, коли впроваджуються нові «правила гри», однак згодом — після періоду реформ — очікується, що задоволеність людей медициною має зрости. Однак, з огляду на інші дані (ст. 44 цього Звіту), в Україні люди здебільшого не відчувають того, що реформи відбуваються, і з нетерпінням на них очікують.



Тетяна Степурко

Керівник магістерської програми
«Менеджмент в охороні здоров'я»

Національний університет
«Києво-Могилянська академія»

⁷ Hekkert KD, Cihangir S, Kleefstra SM, van den Berg B, Kool RB. Patient satisfaction revisited: a multilevel approach. *Soc Sci Med.* 2009;69:68–75

⁸ Stepurko, T., Pavlova, M., & Groot, W. (2016). Overall satisfaction of health care users with the quality of and access to health care services: a cross-sectional study in six Central and Eastern European countries. *BMC Health Services Research*, 16(1), 342.

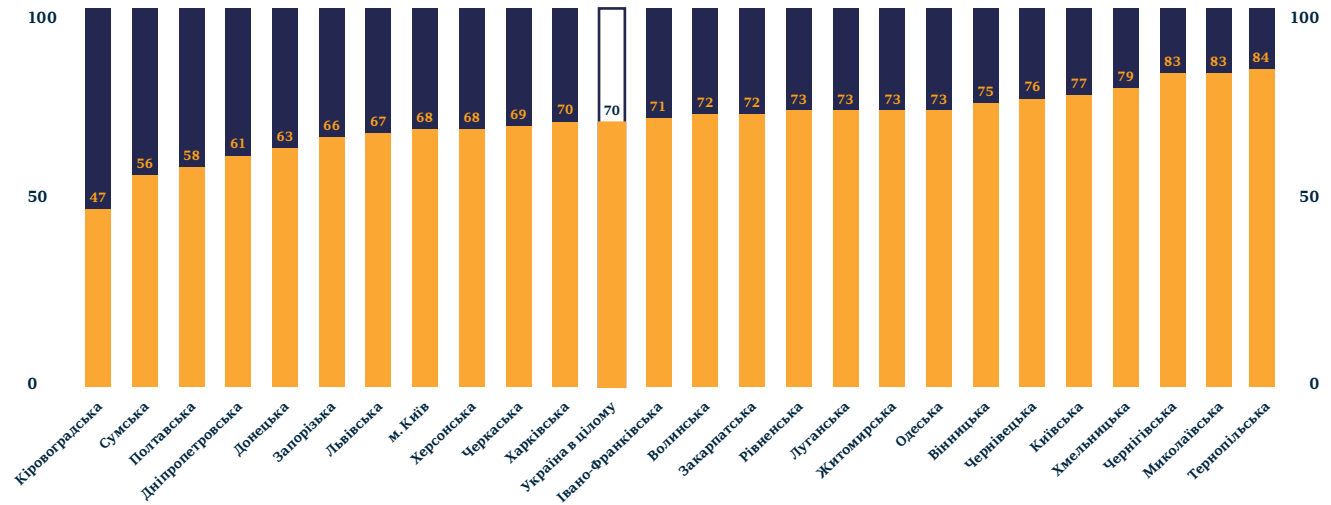
ЗАДОВОЛЕНІСТЬ МЕДИЧНОЮ ДОПОМОГОЮ В УКРАЇНІ

У середньому по країні рівень задоволеності родинним лікарем чи дільничним терапевтом складає 70% і є дещо вищим у порівнянні зі стаціонарною допомогою (62%).

Рівень задоволеності роботою дільничних терапевтів у різних областях України помітно відрізняється: найнижчий рівень задоволеності роботою терапевтів — у Кіровоградській області (задоволені лише 47%), нижче середнього — у Сумській (56%), Полтавській (58%), Дніпропетровській (61%) і Донецькій (63%), найвищий — у Миколаївській (83%), Чернігівській (83%) та Тернопільській областях (84%).

Графік 1.2. Задоволеність дільничним терапевтом/родинним лікарем

(серед усіх опитаних респондентів)

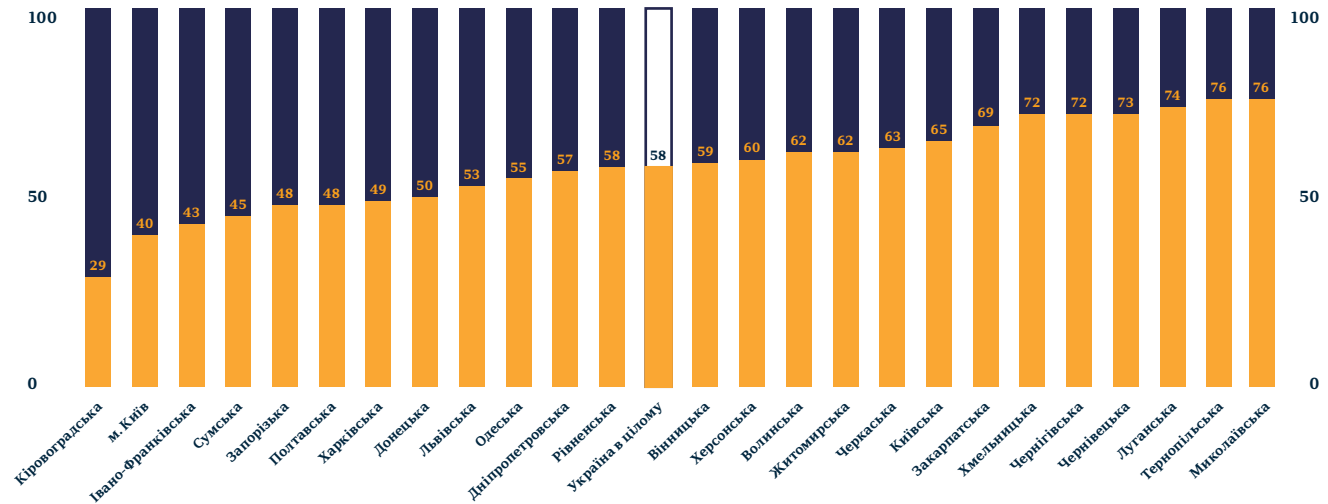


ЗАДОВОЛЕНІСТЬ МЕДИЧНОЮ ДОПОМОГОЮ В УКРАЇНІ

Щодо стаціонарної допомоги, то в регіональному розрізі найменше нею задоволені жителі Кіровоградської області (29%); низький рівень задоволеності спостерігається серед мешканців м.Києва (40%), Івано-Франківської (43%) та Сумської (45%) областей. Найбільш задоволеними роботою стаціонарів є опитані Хмельницької (72%), Чернігівської (72%), Чернівецької (73%), Луганської (74%), Тернопільської (76%) та Миколаївської (76%) областей.

Графік 1.3. Задоволеність медичною допомогою в стаціонарі

(серед усіх опитаних респондентів)





ЗВЕРНЕННЯ ДО ЛІКАРЯ ТА ПОПЕРЕДЖЕННЯ ХВОРОБ



Безумовно, профілактика і своєчасне звернення до лікарів за медичною допомогою відіграють значну роль у попередженні розвитку важких форм захворювань і ускладнень, що вимагають значних фінансових ресурсів у подальшому, а також у зменшенні інвалідизації і смертності населення. Однак, на жаль (і це підтверджено результатами дослідження), населення продовжує звертатися за медичною допомогою у випадках, пов'язаних із хворобою або проблемою зі здоров'ям, а не з профілактичною метою.

Слід зазначити: хоча отримані результати і кореспондують з даними самооцінки населенням рівня доступності окремих видів медичної допомоги (Державна служба статистики, 2016)⁹, наявність значних коливань показників звертань за медичною допомогою в регіональному розрізі потребує, на мою думку, додаткового і детального вивчення на предмет звернень по окремі види медичної допомоги.



Марина Шевченко

*Доктор медичних наук, доцент
Школи охорони здоров'я Національного
університету «Кієво-Могилянська академія»*

⁹ Доповідь "Самооцінка населенням стану здоров'я та рівня доступності окремих видів медичної допомоги у 2015 році" (за даними вибіркового обстеження умов життя домогосподарств), Державна служба статистики, 2016. — С. 3.

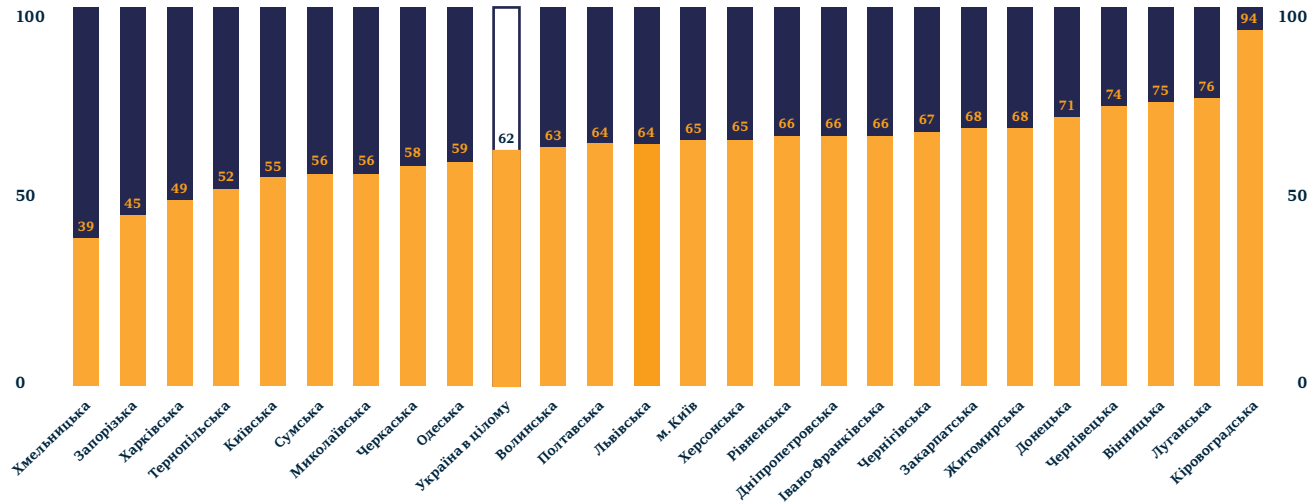
ЗВЕРНЕННЯ ДО ЛІКАРЯ ТА ПОПЕРЕДЖЕННЯ ХВОРОБ

За результатами опитування, 62% тих, хто мав хворобу чи травму протягом останніх 12 місяців, звітують про звернення по медичну допомогу до лікаря або фельдшера. У випадку хвороби до лікарів дещо частіше звертаються жінки (63%), аніж чоловіки (59%), а також люди, старші 60 років (65%), аніж молоді люди віком 18-29 років (57%). Тип місцевості та рівень доходів не впливає на рішення про те, чи звертатися у випадку хвороби по допомогу лікаря.

За областями, відсоток тих, хто звертався по медичну допомогу у випадку хвороби протягом останніх 12 місяців, коливається від 39% (Хмельницька область) та 45% (Запорізька область) до 94% (Кіровоградська область).

Графік 1.4. Чи зверталися ви у випадку вашої останньої хвороби чи травми по медичну допомогу до лікаря, фельдшера?

(серед тих, у кого останній випадок хвороби чи травми трапився протягом останніх 12 місяців)



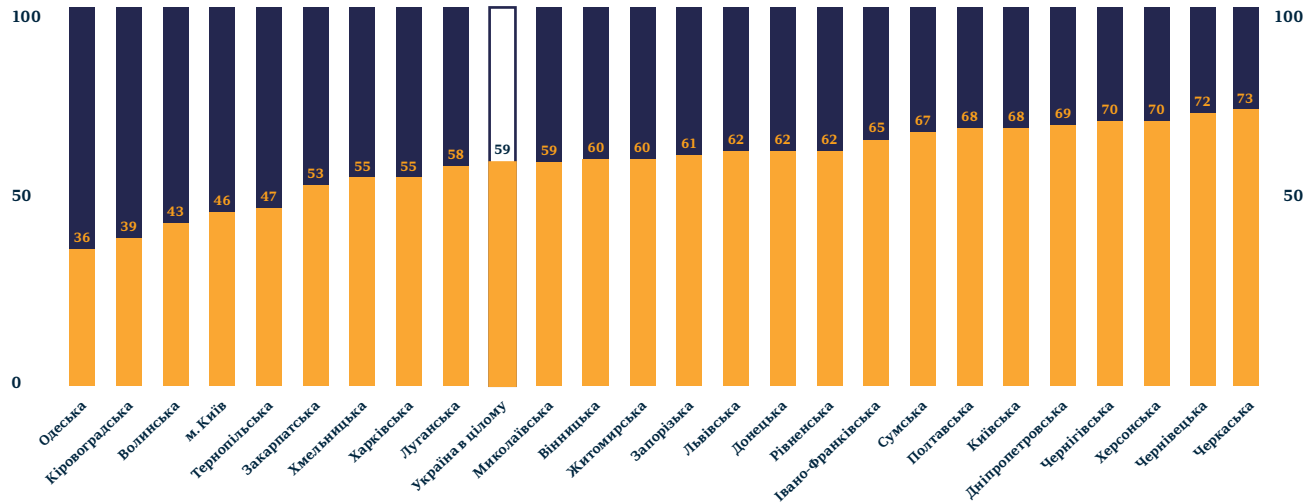
ЗВЕРНЕННЯ ДО ЛІКАРЯ ТА ПОПЕРЕДЖЕННЯ ХВОРОБ

З-поміж форм медичного огляду, до яких вдаються у профілактичних цілях, найбільш поширеною є флюорографія (протягом останніх 12 місяців її робили 60% опитаних — 57% серед жінок і 61% серед чоловіків). Професійний медогляд протягом минулого року проходили 34% опитаних (результати однакові серед чоловіків та жінок). Серед жінок, 51% відвідували гінеколога, 19% робили мамографію. Серед чоловіків, 23% проходили профілактичний огляд урологом. Кардіограму у профілактичних цілях робили 42% респондентів, зокрема 37% серед людей віком до 40 років і 45% — серед старших 40 років.

На Графіку 1.5 представлені частки тих, хто відповів позитивно хоча б на одну із запропонованих опцій: проходження професійного огляду, кардіограми у профілактичних цілях та огляд гінеколога/уролога. На національному рівні, 59% опитаних звітують про те, що проходили принаймні один зі згаданих оглядів. В Одеській (36%), Кіровоградській (39%), Волинській (43%) та Тернопільській (47%) областях, а також у м. Києві (46%) частки тих, хто проходив планову перевірку або медичний огляд, є найменшими, на відміну від Чернігівської (70%), Херсонської (70%), Чернівецької (72%) та Черкаської (73%) областей.

Графік 1.5. Чи за останні 12 місяців ви проходили медичний огляд або планову перевірку?

(хоча б одна ствердна відповідь: професійний огляд, кардіограма у профілактичних цілях, огляд гінеколога/уролога)





ВИТРАТИ НА ДОПОМОГУ ТА ЛІКИ



Населення традиційно оцінює доступність медичної допомоги через призму доступності ліків, що насправді не завжди корелює напряму. Особливістю фармацевтичного продукту чи послуги як складової медичної допомоги є те, що їх можна отримати за власні кошти в аптечному закладі і без участі (призначення) лікаря, особливо за умови поширеної практики безрецептурного відпуску рецептурних лікарських засобів. Саме це пояснює отримані під час дослідження результати.

Низькі показники витрат на ліки у Житомирській області є очікуваними, оскільки в цьому регіоні, як і в Полтавській області, понад 15 років успішно працюють лікарняні каси у формі благодійних організацій.



Тетяна Думенко

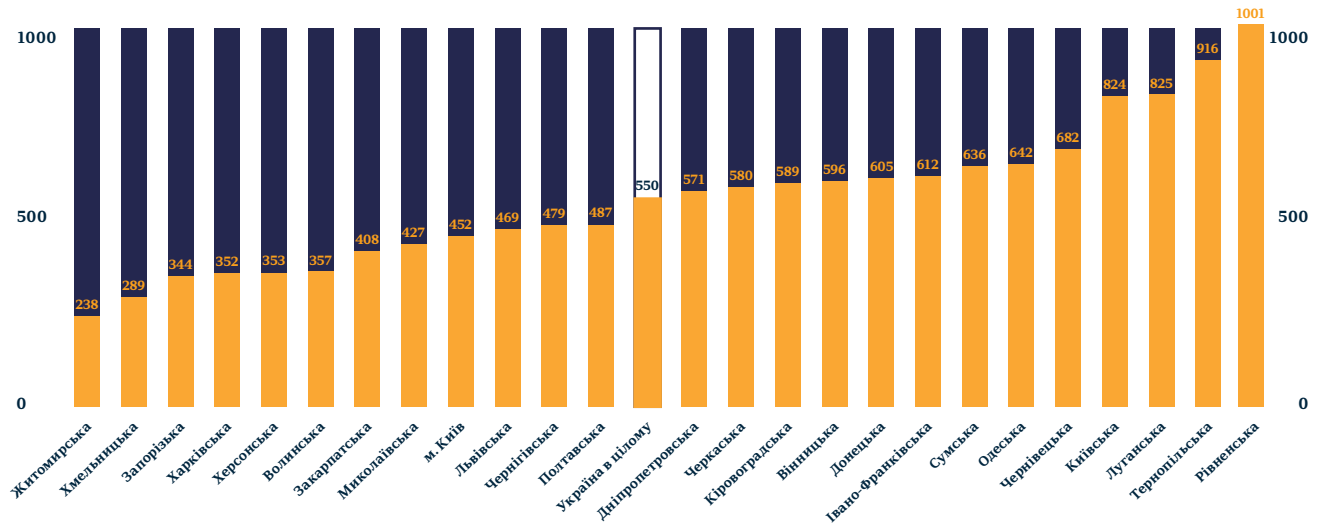
*Кандидат медичних наук, доцент
кафедри менеджменту охорони здоров'я
Національного медичного університету
ім. О.О.Богомольця*

ВИТРАТИ НА ДОПОМОГУ ТА ЛІКИ

У середньому по країні витрати на ліки протягом останніх 30 днів складають 550 грн. Найменше витрачають на ліки в Житомирській області (в середньому 238 грн.) та в Запорізькій області (289 грн). Максимальне середнє значення витрат на ліки протягом останнього місяця помічено в Рівненській області — 1001 грн, досить високі витрати також у Тернопільській області (916 грн.).

Графік 1.6. Середнє значення витрат на ліки протягом останніх 30 днів

(грн.)

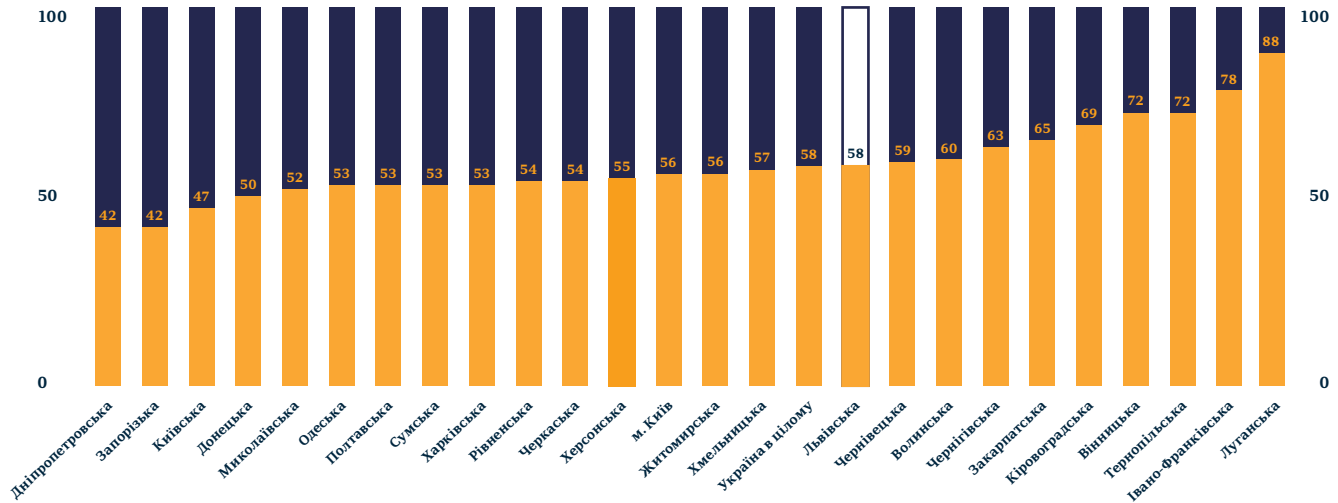


ВИТРАТИ НА ДОПОМОГУ ТА ЛІКИ

Щодо відкладання звернення за медичною допомогою через фінансову неспроможність, то найбільшу фінансову доступність послуг помічено в Луганській (88%) та Івано-Франківській (78%) областях — тут найменша частка опитаних сказали, що були змушені відкласти візит до лікаря через фінансові причини. Найменш фінансово доступною медична допомога (сумарно для госпіталізації та амбулаторної допомоги) виявилася у Запорізькій та Дніпропетровській областях — лише 42% опитаних не відклали свій візит з фінансових міркувань. Національне значення — 58%.

Графік 1.7. За останні 12 місяців чи ви були хворі, але не відвідали лікаря та/або не були госпіталізовані взагалі через брак коштів?

(%, хто вказав на відсутність такого досвіду)





ЗНАННЯ ПРО ЗДОРОВ'Я ТА ЗДОРОВА ПОВЕДІНКА



Включення знання про прояви інсульту як показника, що відображає обізнаність населення в питаннях здоров'я і хвороб — надзвичайно важлива тенденція в дослідженнях найбільш важливих питань в охороні здоров'я України. А вже донедавна подібні дослідження ігнорували неінфекційні захворювання, хоча вони є головними причинами смертності серед населення країни.

Соціологічні дослідження в галузі охорони здоров'я — завдання непросте та часто невдячне, оскільки їхні результати складно аналізувати та співставляти, а зроблені на їхній підставі висновки можуть бути непослідовними й суперечливими. Втім, вони надають можливості для певних припущень і узагальнень.

Результати цього опитування свідчать про недостатню обізнаність населення із проявами інсульту, що ускладнює чи навіть унеможливує своєчасне звернення по належну допомогу. Разом із тим, їхнє співставлення з результатами подібних досліджень в Україні та в інших країнах може свідчити про певне покращення ситуації, яке, можливо, пов'язане з активізацією протягом останніх років просвітницької діяльності державних установ і недержавних організацій.



Дмитро Гуляєв

*Керівник видавничих, освітніх
та дослідницьких проєктів*

*Громадське об'єднання «Українська
асоціація боротьби з інсультом»*

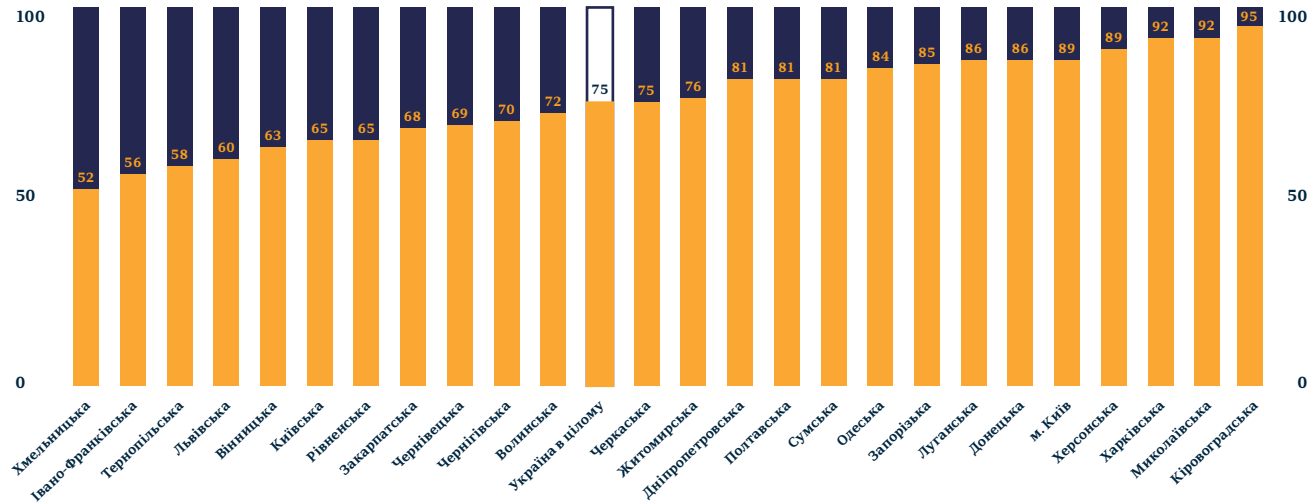
ЗНАННЯ ПРО ЗДОРОВ'Я ТА ЗДОРОВА ПОВЕДІНКА

За результатами опитування, близько чверті (25%) тих, хто має власних дітей віком до 16 років, мали випадки, коли вони відмовлялися від обов'язкових щеплень для своєї дитини; серед них 53% відмовлялись від щеплень тимчасово, 35% — не мали наміру робити дитині щеплень взагалі.

За областями, найбільша частка тих, хто не відмовлявся від щеплень для своєї дитини — у м. Києві (89%), Херсонській (89%), Харківській (92%), Миколаївській (92%) та Кіровоградській (95%) областях, а найменша — у Хмельницькій (52%), Івано-Франківській (56%), Тернопільській (58%) та Львівській (60%) областях.

Графік 1.8. Чи відмовлялися ви коли-небудь від обов'язкових щеплень для своєї дитини?

(% опитаних, які відповіли «ні»)

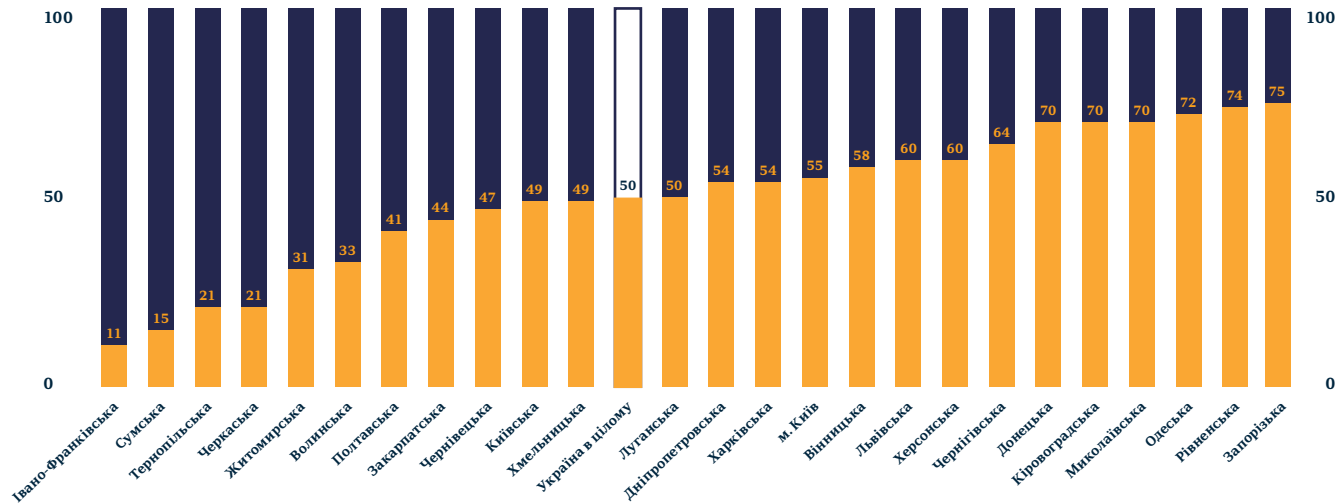


ЗНАННЯ ПРО ЗДОРОВ'Я ТА ЗДОРОВА ПОВЕДІНКА

Рівно половина жителів України (50%) змогли правильно назвати принаймні два симптоми інсульту. Найвідомішим симптомом інсульту є раптове оніміння або втрата рухливості обличчя, руки або ноги, особливо з одного боку тіла. Під час опитування на цей симптом вказали 52%. Близько третини населення знає, що ознакою інсульту можуть бути порушення мови або труднощі сприйняття мови, тексту, які з'явилися несподівано (38%), або раптове порушення координації рухів, хиткість ходи, запаморочення, втрата свідомості (33%). Найменше опитані були обізнані з тим, що симптомами інсульту можуть бути раптовий різкий і незрозумілий головний біль (19%) або різке погіршення зору на одне або обидва ока (12%). Загалом, із симптомами інсульту більше обізнані жінки, аніж чоловіки, та жителі міст, аніж сіл, а також люди старші 40 років, аніж молодші.

Графік 1.9. Які, на вашу думку, симптоми інсульту?

(мінімум два симптоми вказані правильно)





САМООЦІНКА СТАНУ ЗДОРОВ'Я



В Україні 50% населення мають надлишкову масу тіла або ожиріння, що є одним із основних факторів ризику розвитку артеріальної гіпертензії, метаболічного синдрому, діабету та інших захворювань. У свою чергу, ці захворювання стають причиною розвитку інфарктів та інсультів — основної причини інвалідизації та смертності населення. Підвищення фізичної активності та збалансована дієта є фундаментом профілактики цих захворювань та тяжких наслідків як для осіб із надмірною вагою, так і для громади в цілому.



Вікторія Тимошевська

*Директор Програмної ініціативи
«Громадське здоров'я»*

Міжнародний фонд «Відродження»

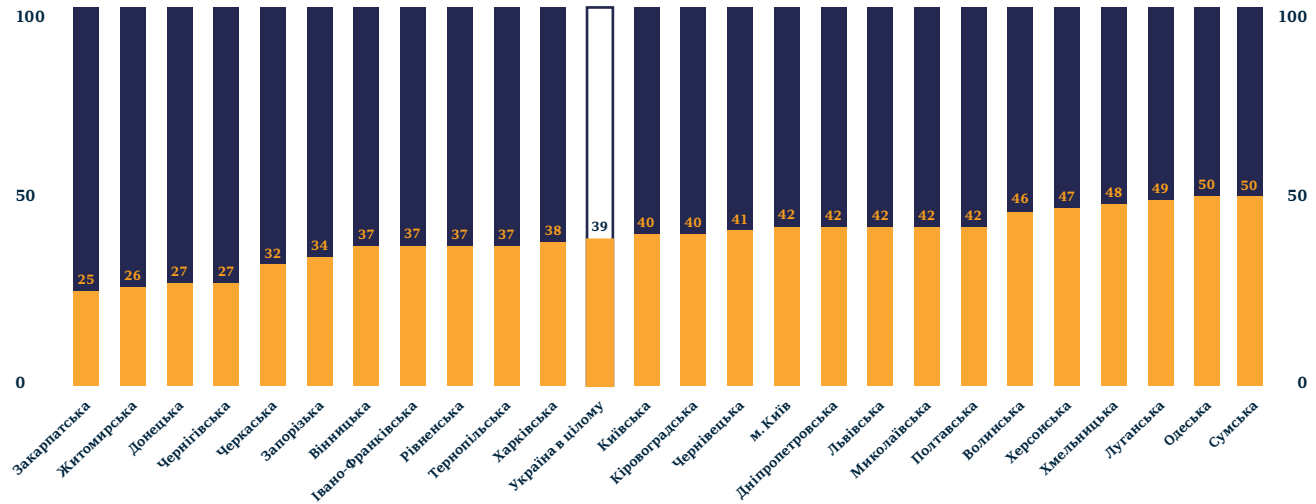
САМООЦІНКА СТАНУ ЗДОРОВ'Я

За самооцінкою, 39% жителів України мають хороше або дуже хороше здоров'я, 44% — посереднє, 17% — погане або дуже погане. Дещо краще стан свого здоров'я оцінюють чоловіки (мають хороше або дуже хороше здоров'я), аніж жінки, а також молоді люди (серед 18-29 річних хороше здоров'я мають 78%), аніж літні.

Найгірше стан свого здоров'я оцінюють жителі Закарпатської та Житомирської областей (лише 25% та 26% відповідно вказали, що мають добре або дуже добре здоров'я), Донецької та Чернігівської (27%) областей, а найкраще — жителі Хмельницької (48%), Луганської (49%), Одеської та Сумської областей (50%).

Графік 1.10. Самооцінка стану здоров'я

(% опитаних, які вважають своє здоров'я добрим або дуже добрим)



САМООЦІНКА СТАНУ ЗДОРОВ'Я

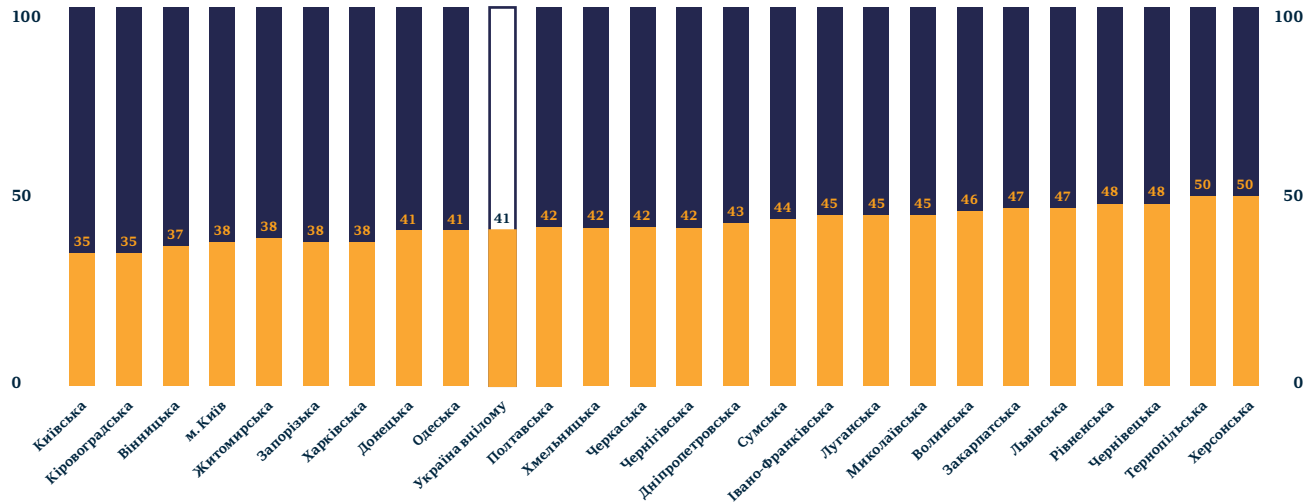
Більш об'єктивним показником є Індекс маси тіла (ІМТ), що дозволяє оцінити ступінь відповідності маси людини її зросту і, таким чином, оцінити, чи є вага недостатньою, нормальною або надмірною. ІМТ розраховується як відношення маси (у кілограмах) до значення зросту (в метрах) у квадраті.

Вага вважається недостатньою при значеннях ІМТ менше 18.5, нормальною — 18.5-24.9, надлишковою — 25-29.9, ІМТ понад 30 свідчить про ожиріння.

Середнє значення ІМТ для вибірки в цілому — 26.5, що відповідає нижньому рівню надлишкової ваги. Загалом, за значенням ІМТ, 2% дорослого населення України мають недостатню вагу, 41% — нормальну, 36% — надлишкову, і 21% — ожиріння.

До Індексу включена частка тих, хто не має надлишкової ваги — це загалом 43% по Україні. Найбільша частка людей, які не мають надлишкової ваги чи ожиріння, мешкають у Тернопільській та Херсонській областях (50%), а найменша — у Київській та Кіровоградській областях (35%).

Графік 1.11. Частка людей, які не мають надлишкової ваги або ожиріння





СИСТЕМА ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я ТА ЇЇ РЕФОРМА: ПОГЛЯД СПОЖИВАЧА



У межах реформи децентралізації, посилення ролі місцевої влади є досить актуальним. Оскільки більшість закладів охорони здоров'я є комунальними, очевидно, що роль Міністерства надмірно завищена.

Населення не відчуває реформи, оскільки вона так і не розпочалася, а високі показники в окремих регіонах є результатом проведення пілотних проєктів щодо реформування в 2011-2014 рр. В Україні тривалий час спостерігається погіршення рівня задоволеності медичною допомогою, і це відкриває шлях реформам, на які так чекають люди.

Додаткового дослідження потребує питання «якості допомоги» — що люди під цим розуміють в Україні? Сподіваємося, що наступного року це запитання буде включено до опитувальника».



Зоряна Черненко

*Експерт «Реанімаційного
пакету реформ — Здоров'я»*

СИСТЕМА ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я ТА ЇЇ РЕФОРМА: ПОГЛЯД СПОЖИВАЧА

Усім респондентам дослідження ставили чотири питання про реформу системи охорони здоров'я та про лідерство в ній:

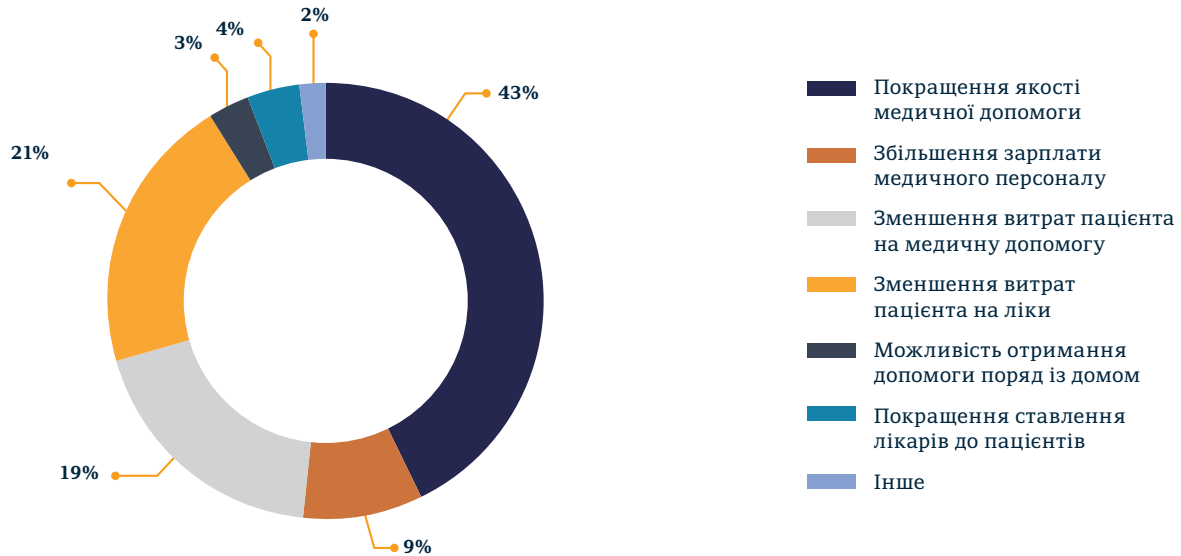
- Що для Вас означає реформа охорони здоров'я?
- Чи потрібна взагалі реформа охорони здоров'я?
- Чи відбувається реформа охорони здоров'я?
- Від кого більшою мірою залежить покращення функціонування медичних закладів?

Переважає більшість людей, які відповіли на запитання, вважають, що реформа системи охорони здоров'я загалом потрібна (93%), але в Кіровоградській області цей відсоток є найвищим (100%), а в Тернопільській області одним із найнижчих у порівнянні з іншими областями (але все одно високим — 60%). Розподіл відповідей на це питання суттєво перегукується із задоволеністю медичною допомогою на первинній ланці — найменшу частку задоволених спостерігаємо у Кіровоградській області, а найбільшу — у Тернопільській області (див. Графік 1.2). Тож, схоже, люди очікують змін тоді, коли організація надання допомоги є, на їхню суб'єктивну думку, незадовільною.

Більшість опитаних пов'язує реформу передусім із якістю та доступністю медичної допомоги, а суттєво менша частка респондентів обрали опції, пов'язані із «близькістю» медичної допомоги, збільшенням заробітної плати медичного персоналу та кращим ставленням до пацієнтів. Найбільша частка опитаних, для яких реформа пов'язана з якістю медичної допомоги, помічена в Кіровоградській (60%), Миколаївській (65%) та Хмельницькій областях (63%), а найменша — у Тернопільській (20%).

З іншого боку, незначна частка респондентів у країні загалом вважають, що реформа відбувається: лише 15% можуть ствердно відповісти на питання, однак помітні великі регіональні відмінності: 56% у Вінницькій області, 74% у м. Києві вважають, що реформа відбувається, тоді як у Полтавській, Миколаївській, Кіровоградській, Луганській та Закарпатській областях цей відсоток не перевищує 8%.

Графік 1.12. Що для вас означає реформа охорони здоров'я?



Цікавим є також те, що більшість опитаних вважають Міністра охорони здоров'я ключовою посадою, яка може вплинути на покращення функціонування медичних закладів. Водночас, на думку опитаних, очільник обласної державної адміністрації та мер мають суттєво менше повноважень (10% та 15% відповідно). Найбільше сподівань покладають на Міністра охорони здоров'я респонденти Запорізької (92%), Миколаївської (94%), Закарпатської (89%), Волинської (88%) та Чернігівської (87%) областей, а найменше — мешканці Тернопільської (42%) та Хмельницької (51%) областей. Найбільше сумнівалися, відповідаючи на це запитання, мешканці Луганської області: 28% респондентів зазначили, що їм важко відповісти, від кого залежить функціонування закладів.

Таблиця 1.13. Від кого більшою мірою залежить покращення функціонування медичних закладів?

Варіант відповіді (можливі декілька варіантів відповіді)	Кількість	Відсоток
Президент	3599	37%
Прем'єр-міністр	3684	38%
Міністр охорони здоров'я	7121	74%
Голова обласної державної адміністрації	971	10%
Мер вашого міста або сільський голова	1451	15%
Голова районної адміністрації	805	8%
Головний лікар (керівник) закладу охорони здоров'я	4497	47%
Лікарі	1765	18%
Інший	178	2%
Всього	10 178	



МЕТОДОЛОГІЯ ДОСЛІДЖЕННЯ

Дослідження стану здоров'я населення України та задоволеності наданими йому медичними послугами було проведено Київським міжнародним інститутом соціології у співпраці з Фондом «Соціальні індикатори» завдяки підтримці Міжнародного фонду «Відродження» з серпня 2015 року по серпень 2016 року. Польовий етап дослідження тривав з 16 травня по 30 червня 2016 року. Вибірка, розроблена для дослідження, є випадковою та репрезентативною для дорослого населення (18 років та старше) України в цілому та кожної з 24 областей України та м. Києва. У Донецькій та Луганській областях дослідження охоплені лише території, підконтрольні Уряду України. У результаті польового етапу було зібрано 10 224 опитувальники й опитано принаймні 400 респондентів у кожній області. Опитувальник дослідження узгоджувався міжнародною Науковою радою, створеною для проекту, а претест анкети проводився шляхом опитування 24 респондентів у м. Києві та кількох містах і селах Київської області

з 31 березня по 5 квітня 2016 року. Інтерв'ю проводилися за місцем проживання респондентів українською або російською мовою (за вибором респондента). Респонденти, які мали досвід госпіталізації впродовж 12 місяців, що передували інтерв'ю (найтриваліші інтерв'ю), отримували символічний подарунок за участь у дослідженні (упаковку вітамінів). Відсоток відповідей (response rate = RR) склав 47,1% на національному рівні. До остаточного масиву увійшли 10 178 анкет.

Підрахунок Індексу

Вказані вище індикатори Індексу здоров'я були відібрані з двох причин: або вони задекларовані в Стратегії реформування охорони здоров'я на 2015–2020 роки¹⁰, або вважаються важливими для оцінювання атрибутами¹¹, або були доступні для обрахунку Індексу. Всього до Індексу увійшло 10 суб-показників, кожен з яких міг бути максимально оціненим у 10 балів.

Значення Індексу було пораховане як середнє арифметичне значення всіх десяти індикаторів. А саме, відсоток, представлений на графіках (1.2–1.11, окрім 1.6), був перетворений на бал шляхом додавання всіх значень та ділення на 10. У випадку витрат на ліки, середнє для регіону значення було перетворено на бал пропорцією (оберненою), де найвище значення дорівнювало 0 балам, оскільки найвищі витрати заслуговують на найнижчу оцінку. Тож найбільший бал отримала та область, яка показувала позитивні з точки зору системи чи здоров'я результати — приміром, відвідування лікаря у випадку хвороби, задоволеність медичною допомогою, низькі витрати, знання симптомів інсульту тощо. Наприклад, для Вінницької області Індекс здоров'я був підрахований таким чином: $75+59+75+60+40+72+63+58+37+37$ (сума всіх показників = 576), поділене на 10 (кількість показників), що дорівнює 58 балам.

¹⁰ Національна стратегія реформування системи охорони здоров'я в Україні на період 2015 — 2020 років. <http://healthsag.org.ua/strategiya/>

¹¹ Euro Health Consumer Index 2015 — Health Consumer Powerhouse. <http://www.healthpowerhouse.com/en/news/euro-health-consumer-index-2015/>

