



ЗВІТ

**СИСТЕМА НЕЕКСТРЕННОГО ТРАНСПОРТУВАННЯ ПАЦІЄНТІВ З МЕТОЮ
ОТРИМАННЯ ПОСЛУГ ГЕМОДІАЛІЗУ, ПЕРИТОНЕАЛЬНОГО ДІАЛІЗУ,
ХІМІОТЕРАПІЇ, РАДІОТЕРАПІЇ, РЕАБІЛІТАЦІЇ ТА МАМОГРАФІЇ
У 8 ОБРАНИХ ОБЛАСТЯХ**

ПРОЕКТ USAID «ПІДТРИМКА РЕФОРМИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я»

Київ - 2024

ПОДЯКИ

Документ підготовлено групою авторів від проєкту USAID «Підтримка реформи охорони здоров'я») та Київської школи економіки (KSE Institute)

Київська школа економіки (KSE Institute)

Андрій Маранов

Василь Нагібін

Євген Лисенко

Артем Сергієнко

Максим Обрізан

Вадим Бізяєв

Проект USAID «Підтримка реформи охорони здоров'я»

Наталія Коваленко

Сергій Ромашка

Цей звіт підготовлено за підтримки Агентства США з міжнародного розвитку (USAID), наданої від імені народу Сполучених Штатів Америки. Відповідальність за зміст цього звіту, який необов'язково відображає погляди USAID, уряду США, несе виключно ТОВ «Делойт Консалтинг». Цей звіт було підготовлено в рамках контракту №72012118C00001.

ЗМІСТ

ПОДЯКИ	2
СПИСОК СКОРОЧЕНЬ	4
РЕЗЮМЕ	6
ПЕРЕДУМОВИ ТА ЗАВДАННЯ	11
МЕТОДОЛОГІЯ	14
Обмеження та виклики дослідження.....	18
Етичні засади.....	18
ЕПІДЕМІОЛОГІЯ	20
1. Гемодіаліз/перитонеальний діаліз.....	20
2. Хіміотерапія.....	26
3. Радіотерапія.....	28
4. Мамографія.....	31
5. Реабілітація.....	33
ІНОЗЕМНИЙ ДОСВІД	34
1. NHS Англії (Великобританія).....	34
2. Словаччини (Словацької Республіки)	35
3. Чехії (Чеської Республіки).....	37
4. Данії (Королівство Данія)	38
5. Польщі (Республіка Польща).....	39
6. Загальні висновки щодо проаналізованого іноземного досвіду.....	40
ОГЛЯД НАЯВНИХ СХЕМ НЕЕКСТРЕНОГО ТРАНСПОРТУВАННЯ ПАЦІЄНТІВ В УКРАЇНІ НА ПРИКЛАДІ ОБРАНИХ 8 ОБЛАСТЕЙ	43
Дослідження Чернігівської області (1-й етап дослідження).....	43
1. Огляд систем транспортування у громадах.....	46
1.1. Система компенсації.....	50
1.2. Власна система транспортування з автопарком у громаді	51
1.3. Закупівля транспортних послуг громадами.....	54
2. Огляд закупівель закладів охорони здоров'я.....	57
ВИВЧЕННЯ ДОСВІДУ ПАЦІЄНТІВ ТА ЛІКАРІВ	59
ХАРАКТЕРИСТИКА РЕСПОНДЕНТІВ ДОСЛІДЖЕННЯ	59
ДОСВІД РЕСПОНДЕНТІВ ЩОДО ТРАНСПОРТУВАННЯ	69
Аналіз інтерв'ю (Досвід лікарів Чернігівської області).....	69
Аналіз опитування (Досвід лікарів та пацієнтів).....	71
Короткий підсумок розділу.....	89
МОЖЛИВІ МОДЕЛІ ОРГАНІЗАЦІЇ ТРАНСПОРТУВАННЯ	91
1. Аналіз переваг та недоліків наявних систем.....	91

2. Окремі юридичні аспекти реалізації систем	95
ЗАГАЛЬНІ ВИСНОВКИ.....	98
РЕКОМЕНДАЦІЇ.....	103
ДОДАТКИ.....	106
ДЖЕРЕЛА.....	127

NHS - National Health Service, Національна служба охорони здоров'я Великої Британії

HRS - USAID Health Reform Support

ZEV(Zero emission vehicles) - транспортом з нульовим рівнем викидів

в.п. - відсотковий пункт

год - година

грн - гривня

ЗНТ - замісна ниркова терапія, що включає у себе Трансплантацію нирки, Гемодіаліз,

Перитонеальний діаліз

ЗОЗ - заклад охорони здоров'я

ЗП - заробітна плата

км - кілометри

миля - одиниця довжини(у даному контексті - англійська система мір), 1 миля відповідає орієнтовно 1 609,34 метрам

МОЗ - Міністерство Охорони Здоров'я

НСЗУ - Національна Служба Здоров'я України

ОМС- органи місцевого самоврядування

Послуги інтересу - гемодіаліз, перитонеальний діаліз, хіміотерапія, радіотерапія(1-й етап); реабілітація, мамографія, гемодіаліз (2-й етап).

Проектний офіс - Проектний офіс з відновлення системи охорони здоров'я Міністерства охорони здоров'я України

рф - російська федерація

£ - фунт стерлінгів, грошова одиниця Великої Британії

ХНН - хронічна хвороба нирок

уніфікована вартість кілометру (грн/км) - розраховано за методикою: бюджет поділений на суму кілометрів

РЕЗЮМЕ

Неекстрене транспортування пацієнтів є невід'ємною складовою системи охорони здоров'я. Особливо актуальним постає це питання в умовах повномасштабної війни, руйнування закладів охорони здоров'я, знищення чи значного пошкодження доріг, мостів та цивільної інфраструктури тощо. В інших сферах соціального та освітнього життя також звертаються до транспортування як можливості наближення послуги до користувача. Наприклад, у 2024 році згідно з розпорядженням КМУ № 569-р від 21.06.2024¹ виділено 1 млрд грн на закупівлю шкільних автобусів та ще пізніше додаткові 0,216 млрд². Минулого року вдалось закупити понад 500 автобусів. А за три роки планують закупити 1,5 тис³. Потребу підвезення оцінювали у 300 тис. дітей по всій Україні. На початку серпня 2024 року Мінекономіки повідомило⁴, що в рамках політики “Зроблено в Україні” уже було закуплено 117 автобусів 8-ми областями на загальну суму майже 400 млн грн.

Поточне дослідження має на меті допомогти ключовим зацікавленим сторонам (НСЗУ, МОЗ, Проектному офісу, ОМС, ЗОЗ) краще оцінити вартість транспортування пацієнтів, щоб внести відповідні коригування бюджету та налагодити офіційне надання послуг у вибраних ЗОЗ, покращуючи зв'язок населення з медичними послугами в пріоритетних регіонах. Як репрезентативний регіон для цього дослідження на першому етапі була обрана Чернігівська область та цільові послуги такі як гемодіаліз, перитонеальний діаліз, хіміотерапія та радіотерапія. На другому етапі було розширено географію на 8 областей (Чернігівська, Київська, Дніпропетровська, Харківська, Херсонська, Запорізька, Сумська, Миколаївська) та у фокусі були послуги мамографії(онкоскринінг) та медичної реабілітації.

Щоб отримати більше інформації про вже наявні механізми транспортування, нами було направлено запити з проханням надати інформацію про витрати на транспортування пацієнтів та приклади договірних умов з постачальниками до спеціалізованих закладів охорони здоров'я, ЦПМСД, органів місцевої самоврядування, управління соціального захисту обраних областей. Проведено збір та аналіз інформації від НСЗУ та спеціалізованих ЗОЗ областей про реальну кількість пацієнтів, що в них обслуговуються за такими цільовими послугами, як гемодіаліз, перитонеальний діаліз, хіміотерапія та радіотерапія(1-й етап), мамографії та медичної реабілітації, гемодіалізу (2-й етап). Отримано знеособлені дані про кількість пацієнтів за місцем фактичного проживання на рівні населеного пункту. На основі фактичних знеособлених даних про місця проживання пацієнтів виконано картографування відстаней між пацієнтами та відповідним

¹Про розподіл субвенції з державного бюджету місцевим бюджетам на придбання шкільних автобусів у 2024 році <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/569-2024-%D1%80#Text>

²<https://www.kmu.gov.ua/news/denys-shmyhal-rozpodiliaiemo-shche-blyzko-5-mlrd-hrn-z-biudzhetu-na-ukryttia-v-shkolakh-vosmy-oblastei>

³ <https://interfax.com.ua/news/economic/969905.html>

⁴ <https://me.gov.ua/News/Detail?lang=uk-UA&id=b1548138-0345-461f-aabb-527901f755d6&title=ZroblenoVUkraini-117-AvtobusivZakupiliOblastiZPochatkuRokuZaProgramoiushkilniiAvtobus>

зкладами(1-й етап). Враховуючи середні фактичні вартості транспортних послуг, проведено розрахунки необхідних витрат для покриття транспортними послугами усіх пацієнтів на рівні областей. Проведено аналіз даних з електронної системи публічних закупівель Prozorro по Україні за 2017-2023 роки, із визначенням кількості та умов закупівель транспортних послуг, які відбувались у областях. Виконане опитування пацієнтів методом екзит-полу, щодо уподобань пацієнтів та наявної ситуації з транспортуванням (загалом 1077 пацієнтів). Проведено опитування(ІІІ-ти) та експертні інтерв'ю (5-ть) з лікарями, що надають послуги інтересу у визначений період.

Проаналізовано також міжнародний досвід країн, таких як Великобританія (Англія), Словаччина, Чехія, Данія, Польща, що мають розвинені системи неекстреного медичного транспортування. Розроблено інструмент для детального розрахунку вартості послуг неекстреного транспортування пацієнтів при використанні різних систем такого транспортування, різних класів транспортних засобів, видів пального, тощо.

У Чернігівській області послуги інтересу надаються: гемодіаліз - у 7 місцях надання допомоги, хіміотерапія - у двох закладах, радіотерапія - у одному ЗОЗ (дві останні послуги надаються лише у місті Чернігів).

Статистичні дані на рівні Чернігівської області дозволили оцінити загальну середньорічну чисельність населення, що потребує діалізу, хіміо- та радіотерапії у 4 859 осіб. З них щодо діалізу 298 осіб⁵, щодо хіміо- та радіотерапії 4 561 осіб. Сумарно вони мали 49 635 візитів в заклади охорони здоров'я, з них щодо діалізу - 32 280, та щодо хіміо- та радіотерапії 17 355 поїздок на рік. Таким чином відносно невелика група пацієнтів гемодіалізу потребує більше ніж 2/3 усіх перевезень, через необхідність постійно їздити на процедуру 3 рази на тиждень. Високий питомий відсоток гемодіалізу у структурі послуг транспортування корелює з міжнародним досвідом. Важливо наголосити, що це фактичні дані, які не враховують приховану потребу та недодіагностику. Тому для подальших фактичних розрахунків доцільно використати збільшувальний коефіцієнт. Недодіагностика потреби у замісній нирковій терапії (ЗНТ) в Україні орієнтовно може становити 150-300% від діагностованої потреби, наприклад, у порівнянні з показником поширеності у сусідній Румунії. Так як поки в Україні майже недоступна трансплантація, то більшість пацієнтів отримують гемодіаліз. Щодо онкології, то проблемою у цій галузі є не стільки недодіагностика, як така, а діагностика уже на пізніх стадіях захворювання. Враховуючи більш пізню діагностику деяких онкологічних захворювань у порівнянні з іншими країнами, особливо у сільській місцевості України, потреба у хіміотерапії може бути навіть меншою від рекомендованої через запущені стадії пухлин та значну ослабленість таких пацієнтів. Тому можна припустити, що коефіцієнт недодіагностики для хіміотерапії й радіотерапії є близьким до 1-ці, та більшість пацієнтів діагностується.

⁵ Без врахування 27 пацієнтів на гемодіалізі в КНП "Чернігівська міська лікарня №2" Чернігівської міської ради, які не надали дані в розрізі кожного пацієнта

Опитування лікарів демонструє, що транспортування пацієнтів є одним з вирішальних аспектів повноцінності лікування методом гемодіалізу, оскільки пацієнти відтермінують початок лікування, можуть пропускати один сеанс на тиждень, або скорочують тривалість сеансів через транспортні проблеми.

Опитування пацієнтів дозволило виявити наступні характерні риси, пов'язані із транспортуванням: пацієнти, що проживають у тому самому місті, де і отримують медичну послугу, частіше користуються власним транспортом, ніж ті, що проживають в інших населених пунктах. Останні надають перевагу громадському транспорту. Показовим є те, що кількість візитів пацієнтів у заклад охорони здоров'я за послугою гемодіалізу на рік зменшується зі збільшенням відстані від місця проживання пацієнта до місця надання послуги. Потреба в супроводі є досить суттєвою серед пацієнтів, а число пацієнтів, які потребують супроводу значно зростає з відстанню між місцем проживання пацієнта та місцем надання медичної послуги. Зі збільшенням відстані між місцем проживання пацієнта та місцем надання медичної послуги зростає кількість людей, що мають власне авто, але не користуються ним для поїздок у заклад охорони здоров'я. Вартість поїздки в один бік пропорційно збільшується залежно від відстані між місцем проживання пацієнта та місцем надання медичної послуги, при цьому найдешевшим є використання громадського транспорту, а найдорожчим - таксі. Нарешті, 17,2% опитаних хотіли б змінити вид транспорту з того, яким вони добираються зараз, на інший.

Структурно схеми транспортування можна поділити на чотири категорії: 1)Компенсація, 2)Власна система, 3)Закуповування послуг 4)Комбінація вищеназваних систем. Кожна з них має свої переваги та недоліки. Компенсація квитків/палива пацієнтам є найдешевшою, однак залежить від розвиненої системи громадського транспорту, наявності власного авто та має ризики недобробовісного використання. Власна система є середньою по вартості за 1 км в порівнянні з аналогами, є найбільш контрольованою та надійною, прекрасно покриває потребу сільського населення, однак потребує значних першочергових інвестицій та постійну потребу у підтримванні автопарку та супутніх витрат. Система закуповування послуг не потребує значних першочергових інвестицій, за наявності достатнього ринку надавачів може гнучко задовольняти потребу, однак має найвищу вартість 1 км перевезення та сильно залежить від наявності, якості та надійності надавачів. Нарешті комбінація - є варіантом системи, за якого використовуються у різній пропорції вищеназвані потреби в залежності від особливості місцевості. Наприклад, пацієнти - жителі міста отримують компенсацію проїзду, в той час як пацієнти віддалених регіонів з недостатньою кількістю надавачів та громадського транспорту користуються власною системою транспортування.

Відстані, які пацієнти мають долати від місць проживання до ЗОЗ Чернігівської області є значно більшими, ніж такі у досліджуваних Європейських країн - у середньому 137 км у дві сторони. Для порівняння,, у Англії - 19,6 км, Словаччині - 30 км, Данії - 35 км. Однак, важливо наголосити, що ці величини мають ризик бути непорівнюваними через покриття різних когорт

пацієнтів в різній мірі, тим не менш надають розуміння, що відстані в Чернігівській області до закладів, які надають послуги інтересу, значно більші. Для пацієнтів на гемодіалізі, які не проживають в місті лікувального закладу в Чернігівській області, середня відстань дещо менша і становить 63,6 км в обидві сторони.

На основі проведеного дослідження було сформовано наступні рекомендації:

- Об'єднання під однією парасолькою надання послуг неекстреного транспортування пацієнтів.
- Розвантаження соціальної сфери від обов'язку перевезення пацієнтів.
- Підвищення рівня виявлення пацієнтів, які потребують замісної ниркової терапії та вживання заходів щодо попередження та раннього розпізнавання хвороб нирок.
- Сприяння розвитку трансплантації в Україні як опції замісної ниркової терапії.
- Розвиток системи надання хіміо- та радіотерапії, підвищення географічної доступності цих послуг для пацієнтів.
- Розвиток системи громадського транспорту в Україні.
- Основними принципами системи транспортування має бути **чуйність, швидке реагування, справедливість, доступність** (responsive, fair and sustainable).
- Розробка системи, що складається з 4-х ключових компонентів: **контроль** (обов'язково лежить в межах системи охорони здоров'я), **сортування, планування та координація, транспортування**.
- Розробка системи на обласному/національному рівні, а не локальному/місцевому.
- Використання підходу “розширення доступності”, тобто спочатку обрати перші групи пацієнтів, наприклад, діаліз, онкологія(хімію та радіотерапія) та поступове розширення на інші категорії.
- Початок роботи служби неекстреного транспортування пацієнтів окремо від системи екстреної медичної допомоги.
- Проведення поглибленого дослідження щодо економічного ефекту та детальні фінансові розрахунки системи неекстреного транспортування в Україні.
- Тримати в фокусі сталість та готувати основу для переходу на транспорт зі зменшеним/нульовим рівнем викидів.
- Створення та постійне наповнення баз:
 - 1) **надавачів** послуг (ЗОЗ), щодо яких проводиться неекстрене транспортування пацієнтів, наявного обладнання, персоналу, пропускнуої спроможності центру тощо, задля ефективної алокації пацієнтів до закладів;
 - 2) “в реальному часі” **пацієнтів**, що потребують таких послуг;
 - 3) надавачів послуг неекстреного **транспортування**.
- На основі створених баз - розробка/адаптація автоматизованого сервісу, що буде розраховувати найефективніші/економічно вигідні маршрути транспортування з урахуванням потреби пацієнтів, наявних транспортних засобів та інших факторів.

- При розробці реалізації системи варто враховувати реалії “держави в смартфоні”, додатку “Дія”, де сервіси можна отримувати швидко та зручно.
- Сприяти участі громад у формуванні концепції транспортування на місцях.
- Розробити чіткі та вичерпні медичні та економічні критерії для включення пацієнтів в програму транспортування.
- Розробити принципи “сортування” пацієнтів на тих, хто потребує: 1) екстреної системи транспортування, 2) міжлікарняного перевезення, 3) неекстреного транспортування 4) не підпадає під критерії систем транспортування.
- В процесі та після запуску системи проведення загальнонаціональних комунікаційних кампаній про наявність послуг транспортування пацієнтів.
- Запровадження та контроль показників ефективності послуг.
- Запровадження періодичних онлайн та офлайн опитувань пацієнтів щодо задоволеності наданою допомогою в розрізі “послуг інтересу”.
- Ввести системи контролю з метою заохочення ефективних систем та унеможливлення зловживань транспортуванням пацієнтів.
- Заохочення державно-приватного партнерства, співпраця з надавачами соціальних послуг та послуг таксі, компаній райдшерінгу такими як Уклон (Uklon), що уже надають послуги людям, які користуються кріслом колісним.

ПЕРЕДУМОВИ ТА ЗАВДАННЯ

Кожна людина має право на доступність медичних послуг, яких він/вона потребує за станом здоров'я⁶. Під доступністю медичної допомоги ми розуміємо "вільний доступ до служб охорони здоров'я незалежно від географічних, економічних, соціальних, культурних, організаційних чи мовних бар'єрів".⁷ Попри гарантії з боку держави та міжнародного права, медичні послуги в Україні не є доступними кожному⁸, зокрема і з географічних причин, що драматично погіршилось на фоні війни та подальшого повномасштабного вторгнення рф.

Десятки тисяч людей щодня потребують неекстреного транспортування для отримання лікування - гемодіалізу, хіміотерапії, радіотерапії тощо. Наприклад, у Англії за даними звіту неекстреного транспортування NHS England (2021р.)^[1] щороку нараховували 11-12 млн пацієнто-подорожей на рік, щотижня цією послугою користується більше 20 тисяч осіб. В Україні частину потреби з транспортування пацієнтів до медичного закладу задовольняють служби соцзахисту та громади самостійно, переважно у форматі соціальних послуг.

Важливими законодавчими віхами у розвитку цих послуг є Закон України "[Про соціальні послуги](#)" від 17.01.2019 № 2671-VIII. Деталі окреслювались у наступних нормативно правових актах: Наказ Мінсоцполітики України "[Про затвердження Методичних рекомендацій розрахунку вартості соціальних послуг](#)" від 07.12.2015 № 1186, Постанова КМУ "[Про затвердження Порядку регулювання тарифів на соціальні послуги](#)" від 01.06.2020 № 428.

Питання забезпечення транспортними засобами було врегульовано Постановою КМУ "[Деякі питання використання коштів, передбачених у державному бюджеті для придбання транспортних засобів спеціалізованого призначення для перевезення осіб з інвалідністю та дітей з інвалідністю, які мають порушення опорно-рухового апарату, та інших маломобільних груп населення](#)" від 14 березня 2018 р. № 189. На жаль, цією програмою не вдалось забезпечити усі громади транспортом, однак деякі змогли отримати транспорт, яким активно користувались зокрема і у 2023-2024 роках, коли проводилось поточне дослідження.

Як результат, якість та доступність логістики різняться між регіонами, адже в Україні немає єдиної ефективної системи неекстреного транспортування. Тому не виключено, що люди добираються до медичного закладу за свій кошт або покладаються на допомогу близьких чи благодійників. Необхідність вирішувати питання доїзду до місця лікування та оплачувати дорогу

⁶ Європейська хартія прав пацієнтів. Стаття 2. Право на доступність. Джерело: <https://phc.org.ua/sites/default/files/uploads/files/hartia.pdf>

⁷ Про затвердження Єдиного термінологічний словник (Глосарій) з питань управління якості медичної допомоги: Наказ МОЗ України від 20.07.2011 р. № 427. Джерело: <https://zakon.rada.gov.ua/rada/show/v0427282-11#Text>

⁸ HERAMS, Ukraine. Березень 2024. Джерело: https://cdn.who.int/media/docs/default-source/documents/emergencies/herams/herams_ukraine_status_update_snapshot_2024-03_ua.pdf?sfvrsn=7e4111db_1&download=true

з власної кишені покладає додатковий тягар на домогосподарства та створює, подекуди, не лише географічний, а й фінансовий бар'єри. Варто відмітити, що багато українців зараз відрізані від життєво необхідного лікування, перебуваючи на тимчасово окупованих росією територіях або живучи в регіонах, де медичні заклади чи інфраструктура були зруйновані чи пошкоджені російськими військовими.

Транспортування пацієнтів - це важлива ланка отримання медичної послуги, яка напряму впливає на доступ до медичної допомоги та своєчасність її отримання. При цьому, екстрене транспортування є більш дослідженою темою серед світової наукової спільноти⁹. Серед робіт, предметом яких була тема не екстреного транспортування пацієнтів варто виділити наступні: "Improving non-emergency patient transport services. Report of the non-emergency patient transport review"¹⁰, Abrahams et. al., August 2021. Ця робота включає огляд існуючої системи та рекомендації щодо подальшого покращення транспортування в межах системи NHS Англії станом на 2021 рік. Щодо робіт безпосередньо в контексті України виділяється праця "Patient transport services. An integrated part of the tertiary healthcare system", Hansen et. al., 2022-2023. Це напрацювання колективу авторів націлене на причини доцільності створення системи неекстреного транспортування, кроки до включення у сучасну систему медичної допомоги, рекомендації для розбудови неекстреного транспортування в Україні тощо. Серед переваг роботи - аналіз досвіду системи транспортування обраних держав Європи, у яких автори мають експертизу. Робота була випущена уже з врахуванням фактору повномасштабного вторгнення рф.

У даному дослідженні автори фокусуються на аналізі саме неекстреного транспортування пацієнтів, адже переконані, що українській державі потрібно пріоритетувати створення відповідної злагодженої системи. Країни з розвиненими медичними системами, такі як Великобританія чи Данія мають налагоджені процеси неекстреного транспортування, ба більше інвестують у їх покращення та розвиток. Беручи до уваги, що неінфекційні захворювання (серцево-судинні, онкологічні та хронічні ниркові захворювання, діабет тощо) спричиняють 91% смертей в Україні¹¹, війна підриває фізичне та психічне здоров'я населення, а медична система виснажена, потреба в створенні такої системи стає лише гострішою.

⁹ ISLA M. HAINS, ANNE MARKS, ANDREW GEORGIU and JOHANNA I. WESTBROOK. "Non-emergency patient transport: what are the quality and safety issues? A systematic review". International Journal for Quality in Health Care Vol. 23, No. 1 (February 2011), pp. 68-75. Available:

<https://www.jstor.org/stable/45127582>

¹⁰ "Improving non-emergency patient transport services. Report of the non-emergency patient transport review". Джерело: <https://www.england.nhs.uk/publication/improving-non-emergency-patient-transport-services>

¹¹ NCD Alliance. "Ukraine humanitarian crisis: Ensuring protection and health services for millions of people living with chronic diseases". Джерело: <https://ncdalliance.org/news-events/news/ukraine-humanitarian-crisis-ensuring-protection-and-health-services-for-millions-of-people-living-with-chronic-diseases>

Дане дослідження є першою спробою проаналізувати поточну ситуацію з неекстреним транспортуванням населення, оцінити потребу та необхідні витрати для покриття транспортними послугами пацієнтів обраних “послуг інтересу” на рівні однієї(1-й етап) з розширенням до 8 областей (2-й етап). Як результат буде запропоновано різні варіанти можливого удосконалення системи логістики, враховуючи потребу та бачення стейкхолдерів.

МЕТОДОЛОГІЯ

Це дослідження має на меті допомогти ключовим зацікавленим сторонам (НСЗУ, МОЗ, Проектному офісу, ОМС, ЗОЗ) краще оцінити потребу та вартість транспортування пацієнтів, щоб внести відповідні коригування до бюджету та упорядкувати надання послуг у вибраних ЗОЗ, покращуючи зв'язок населення з медичними послугами в обраних регіонах. Напрацювати рекомендації з імплементації системи транспортування пацієнтів.

Систему транспортування логічно можна поділити на 3 блоки: екстрене, міжлікарняне та неекстрене транспортування. В рамках даного дослідження ми сфокусуємось на неекстремому транспортуванні.

Етапи та географія дослідження

Дослідження складалось з 2-х послідовних етапів.

На першому етапі був обраний один пріоритетний регіон - Чернігівська область та досліджувалось транспортування з метою отримання послуг гемодіалізу, перитонеального діалізу, хіміотерапії та радіотерапії.

На другому етапі була розширена географія до 8 пріоритетних областей HRS - 5 пріоритетних областей: Чернігівська, Київська, Дніпропетровська, Харківська, Херсонська та 3 областей з високим попитом: Запорізька, Сумська, Миколаївська. Досліджувалось транспортування для отримання послуг реабілітації (загалом та після інсульту, інфаркту, травм та поранень) а також обраний онкоскринінг - мамографія.

На першому етапі як репрезентативна для цього дослідження була обрана Чернігівська область, оскільки ця область є третьою в Україні за своєю площею і 23-ю - за кількістю населення (орієнтовно 930-940 тис. осіб¹²), що передбачає великі відстані між місцями проживання пацієнтів та спеціалізованими медичними закладами. Чернігівська область розташована у безпосередній близькості до Києва та має налагоджений зв'язок зі столицею України, що може впливати на маршрути пацієнтів та місця, де вони отримують спеціалізовану медичну допомогу. Нарешті, у цій області велися бойові дії на початку повномасштабного вторгнення, що мало вплив на транспортну інфраструктуру та доступність спеціалізованої медичної допомоги для пацієнтів, зокрема було зруйновано ряд важливих мостів та доріг, значна частина області була окупована тощо.

8 областей для другого етапу були обрані як пріоритетні області HRS, де ведуться чи велись активні бойові дії а також області, що межують з такими та мають відповідно значні руйнування

¹² <https://suspilne.media/chernihiv/413517-skilli-ludej-nini-prozivae-v-vernigovi-j-oblasti-ta-ak-zminuvalas-demografia-protagom-roku-sirokoi-vijni/>

та негативні ефекти військових дій. Це зокрема призводить до зниження доступності медичних послуг для населення та підвищує актуальність послуг транспортування.

Період дослідження

Дослідження проводилось з жовтня 2023 р. по березень 2024 р. (1-й етап) та з травня по жовтень 2024 р. (2-й етап).

Послуги інтересу дослідження

Послуги інтересу розділено на 2 підгрупи:

- 1) Гемодіаліз, перитонеальний діаліз, хіміо- та радіотерапія. Було вивчено на рівні Чернігівської області на першому етапі дослідження. Так звана група “життєзагрожуючих станів”, затримки/уповільнення у наданні допомоги щодо яких несуть безпосередні короткострокові ризики для життя та здоров’я.
- 2) Фізична реабілітація (загалом, після інсульту, інфаркту, після травм та поранень) а також обраний онкоскринінг - мамографія. Було вивчено на 2-му етапі дослідження на рівні 8-ми областей. Група послуг, яка не несе такі короткострокові ризики для життя та здоров’я, як підгрупа 1, однак несе такі ризики у середньо- та довгостроковій перспективі.

Реабілітація була обрана як один з нових пріоритетних напрямів, що був введений в ПМГ з 2020 року, однак після початку повномасштабного вторгнення набув ще більшої актуальності. Другим напрямком для аналізу було обрано скринінгову програму. Після вивчення міжнародного досвіду вибір припав на мамографію. Згідно міжнародних настанов^{13,14} жінки з 40 років мають кожні 2 роки проходити мамографію з метою скринінгу.

У **Додатку А** наведено розподіл надавачів у обраних областях.

Структура дослідження та вибірка

Дослідження включає в себе 2 етапи.

Етап дослідження	Інструмент збору даних
Етап I. Чернігівська область. Гемодіаліз, перитонеальний діаліз, хіміо- та радіотерапія. I.0. Вивчення міжнародного досвіду неекстреного транспортування обраних країн (Великобританія(Англія); Словаччина; Чехія; Данія; Польща).	Кабінетне дослідження

¹³ <https://moz.gov.ua/uk/onko-skrining-jaki-obstezhennja-i-u-jakomu-vici-treba-prohoditi-cholovikam-ta-zhinkam#:~:text=%D0%96%D1%96%D0%BD%D0%BA%D0%B0%D0%BC%20%D0%B2%D1%96%D0%B4%2040%20%D0%B4%D0%BE%2049,1%20%D1%80%D0%B0%D0%B7%20%D0%BD%D0%B0%205%20%D1%80%D0%BE%D0%BA%D1%96%D0%B2>

¹⁴ <https://guidelines.moz.gov.ua/documents/3873>

Етап дослідження	Інструмент збору даних								
<p>I.1. Анонімне опитування 309 пацієнтів, які отримували послуги інтересу у визначений період.</p> <table border="1" data-bbox="253 371 1059 506"> <thead> <tr> <th>Гемодіаліз</th> <th>Перитонеальний діаліз</th> <th>Радіотерапія</th> <th>Хіміотерапія</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>126</td> <td>6</td> <td>60</td> <td>117</td> </tr> </tbody> </table>	Гемодіаліз	Перитонеальний діаліз	Радіотерапія	Хіміотерапія	126	6	60	117	<p>Опитувальник для пацієнтів</p>
Гемодіаліз	Перитонеальний діаліз	Радіотерапія	Хіміотерапія						
126	6	60	117						
<p>I.2. Проведення 5-ти експертних інтерв'ю з лікарями, що надають послуги інтересу у визначений період</p>	<p>Гайд для проведення експертних інтерв'ю</p>								
<p>I.3. Експертні інтерв'ю з представниками провайдерів послуг транспортування для пацієнтів.</p>	<p>Гайд для проведення експертних інтерв'ю</p>								
<p>I.4. Збір даних від громад щодо наявних схем транспортування, кількості наданих послуг, вартості км і т.д (за січень-вересень 2023 року, та за наявності дані з 2021 року).</p>	<p>Розроблена форма запиту на ОТГ</p>								
<p>I.5. Відкриті дані та збірники: Національний реєстр хворих на хронічну хворобу нирок; Бюлетень Національного канцер-реєстру України; Форма-20 медичної статистики всієї мережі ЗОЗ.</p>	<p>Розроблена форма запиту та збору інформації, таблиця агрегації даних</p>								
<p>I.6. Дані НСЗУ: відкриті дані та дашборди НСЗУ; запит до НСЗУ щодо пролікованих випадків у ЗОЗ обраних областей.</p>	<p>Розроблена форма запиту та збору інформації, таблиця агрегації даних</p>								
<p>I.7. Збір даних від лікарень тощо про знеособлені місця проживання пацієнтів, тип отриманої послуги інтересу, кількості візитів (з жовтня 2022 по вересень 2023). Моделювання даних, що бракує на основі відкритих даних.</p>	<p>Розроблена форма запиту та збору інформації</p>								
<p>I.8. Аналіз закупівель на Prozoggo послуг транспортування, що можуть з високою вірогідністю включати перевезення пацієнтів (2017-2023 роки) на рівні Чернігівської області. Пошук за ключовим параметром (фразою) «транспортування хворих», а також вивчення таких закупівель, які не можна визначити автоматично за змістом оголошення.</p>	<p>Таблиця агрегації даних, база даних Prozoggo, індивідуальні договори замовників</p>								
<p>I.9. Розробка інструменту моделювання вартості та потреб транспортування для стейкхолдерів. Передбачає розрахунок для Чернігівської області.</p>	<p>Агрегація зібраних даних в ході дослідження</p>								

Етап дослідження	Інструмент збору даних												
<p>Етап 2. Вісім областей: Чернігівська, Київська, Дніпропетровська, Харківська, Херсонська, Запорізька, Сумська, Миколаївська.</p> <p>Реабілітація, Мамографія, Діаліз.</p> <p>2.1. Анонімне опитування 768 пацієнтів, які отримували послуги інтересу та потребували послуги але не отримували у визначений період.</p> <table border="1" data-bbox="204 524 1034 801"> <thead> <tr> <th colspan="2">Реабілітація</th> <th colspan="2">Мамографія</th> </tr> <tr> <th>Користувались</th> <th>НЕ користувались</th> <th>Користувались</th> <th>НЕ користувались</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>142</td> <td>142</td> <td>142</td> <td>142</td> </tr> </tbody> </table>	Реабілітація		Мамографія		Користувались	НЕ користувались	Користувались	НЕ користувались	142	142	142	142	<p>Опитувальник для пацієнтів</p>
Реабілітація		Мамографія											
Користувались	НЕ користувались	Користувались	НЕ користувались										
142	142	142	142										
<p>2.2. Анонімне опитування 111 лікарів, які надають чи направляють на послуги інтересу у визначений період.</p> <table border="1" data-bbox="252 927 1059 1061"> <thead> <tr> <th>Гемодіаліз/перитонеальний діаліз</th> <th>Реабілітація</th> <th>Мамографія</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>26</td> <td>42</td> <td>43</td> </tr> </tbody> </table>	Гемодіаліз/перитонеальний діаліз	Реабілітація	Мамографія	26	42	43	<p>Опитувальник для лікарів</p>						
Гемодіаліз/перитонеальний діаліз	Реабілітація	Мамографія											
26	42	43											
<p>2.3. Збір даних від громад щодо наявних схем транспортування, кількості наданих послуг, вартості км і т.д.(за 2023 рік та півріччя 2024 року)</p>	<p>Розроблена форма запиту на ОДА/ОВА (дані були отримані від ОТГ)</p>												
<p>2.4. Відкриті дані та збірники: Національний реєстр хворих на хронічну хворобу нирок; Бюлетень Національного канцер-реєстру України; Форма-20 медичної статистики всієї мережі ЗОЗ.</p>	<p>Розроблена форма запиту та збору інформації, таблиця агрегації даних</p>												
<p>2.5. Дані НСЗУ: відкриті дані та дашборди НСЗУ; запит до НСЗУ щодо пролікованих випадків у ЗОЗ обраних областей.</p>	<p>Розроблена форма запиту та збору інформації, таблиця агрегації даних</p>												
<p>2.6. Збір даних від лікарень про знеособлені місця проживання пацієнтів, тип отриманої послуги інтересу та кількості візитів. Моделювання даних, що бракує на основі відкритих даних (за 2023 рік).</p>	<p>Розроблена форма запиту та збору інформації</p>												
<p>2.7. Аналіз закупівель на Prozorro послуг транспортування, що можуть з високою вірогідністю включати перевезення пацієнтів (2017-2023 роки) на рівні 8-ми областей та всієї України. Пошук за ключовим параметром (фразою) «транспортування хворих», а також вивчення таких закупівель, які не можна визначити автоматично за змістом оголошення.</p>	<p>Таблиця агрегації даних, база даних Prozorro, індивідуальні договори замовників</p>												
<p>2.8. Оновлення інструменту моделювання вартості та потреб транспортування для стейкхолдерів на основі нових даних отриманих в ході етапу 2. Передбачає розрахунок для 8-ми областей.</p>	<p>Агрегація зібраних даних в ході дослідження.</p>												

Обмеження та виклики дослідження

Дослідження містить низку обмежень, для мінімізації яких було докладено значних зусиль (Таблиця І).

Обмеження та виклики	Шляхи мінімізації обмежень
Відсутність економічних розрахунків	Аналітики за опосередкованими цифрами, даними міжнародного досвіду, інших систем транспортування проводили орієнтовні розрахунки. Надалі отримані дані, за можливості, валідувались з внутрішніми та зовнішніми експертами.
Відсутність відкритих даних	Відправлялись запити на установи та організації для отримання необхідних даних, відбувалась кооперація з органами влади та надавачами послуг.
Сірий ринок перевезень	Розуміння, що значна частка ринку перевезень знаходиться поза правовим полем, як наслідок - реальні економічні розрахунки послуг перевезення отримати досить проблематично. Акцент на комунікації з місцевими органами влади, соціальними захистами, які долучені до послуг з транспортування та мають дані.
Рекрутинг	Рекрутинг проводився методом екзит-полу в усіх закладах, що надають "послуги інтересу" у обраних областях.

Таблиця І. Обмеження та виклики дослідження

Етичні засади

Збір, зберігання та аналіз емпіричних даних дослідження проводились відповідно до етичних стандартів. Перед кожним етапом дослідження усім потенційним респондентам зачитувалась інформація щодо призначення дослідження, особливостей його перебігу, гарантій анонімності, конфіденційності та наголошувалось на цілковитій добровільності участі у дослідженні, можливості припинити участь у дослідженні в будь-який момент.

Контроль якості отриманих результатів проводився кількома способами: логічний контроль на етапі отримання та введення анкет; телефонна валідація; контроль звітності інтерв'юера.

ЕПІДЕМІОЛОГІЯ

I. Гемодіаліз/перитонеальний діаліз

Ця медична послуга надається пацієнтам із V стадією хронічної хвороби нирок, а також може надаватися за гострими показаннями (гостра ниркова недостатність внаслідок отруєнь, передозувань медикаментів, опіків, тощо). Хронічним пацієнтам рекомендоване проведення гемодіалізу з більш ранніх стадій, проте більшість з них відмовляються від гемодіалізу на початку хвороби, а приходять у відповідні центри вже на крайніх стадіях. Причини цих відмов переважно психологічні (дискомфорт, страх, постійні поїздки до центру гемодіалізу) та соціальні (необхідність пропускати роботу), але серед них є і складнощі із транспортуванням до центрів гемодіалізу, оскільки такий пацієнт має отримувати принаймні 12 годин гемодіалізу на тиждень (три дні на тиждень по 4 години).

Провідною причиною хронічної хвороби нирок є гломерулонефрит, цукровий діабет, що призводить до ангіо- та нейропатії. Має вплив також артеріальна гіпертензія, пухлини нирок та деякі інші стани. Всі методи лікування станів із хронічною нирковою недостатністю об'єднані під загальною назвою "замісна ниркова терапія" (ЗНТ). ЗНТ включає гемодіаліз (що включає декілька методів таких, як, наприклад, гемофільтрація, гемодіафільтрація), перитонеальний діаліз та трансплантація нирки. Трансплантація нирки є найбільш ефективним методом, оскільки дозволяє пацієнтові жити без процедур гемодіалізу, що, безумовно, значно підвищує якість життя та виживаність (**Додаток У**). Проте цей метод є і найбільш складним та дорогим, та поки що мало розвинений в Україні.

У Чернігівській області з 1-го жовтня 2022-го року по 30-те вересня 2023-го року послугу гемодіалізу надають чотири ЗОЗ: КНП "Чернігівська міська лікарня №2" Чернігівської міської ради, Медичний центр ТОВ "Фрезеніус Медикал Кер Україна" у м. Чернігів, КНП "Чернігівський медичний центр сучасної онкології" Чернігівської обласної ради, а також КНП "Чернігівська обласна лікарня" Чернігівської обласної ради, що включає ряд структурних підрозділів із центрами гемодіалізу у таких районних центрах області, як Корюківка, Ніжин, Прилуки та власне м. Чернігів.

Згідно даних НСЗУ, в цих закладах протягом досліджуваного періоду з послуги гемодіалізу було зареєстровано відповідно 20 епізодів взаємодії закладу із пацієнтами, що включали 1647 безпосередньо процедур гемодіалізу в "Чернігівська міській лікарні №2", 101 епізод (25 549 процедур) у центрі "Фрезеніус Медикал Кер Україна", 2 епізоди (46 процедур) у Центрі сучасної онкології для пацієнтів з онкологічними діагнозами та 123 епізоди (10 452 процедур) у Чернігівській обласній лікарні із усіма її структурними підрозділами (**Додаток Б**).

Більше половини пацієнтів, які отримують послуги гемодіалізу в Чернігівській області, проживають безпосередньо в місті отримання медичної послуги. Аналізуючи дані щодо пацієнтів на гемодіалізі, які потребують транспортування з інших населених пунктів до міста, де надають послуги з гемодіалізу, спостерігається нерівномірний розподіл на рівні територіальних громад (**Рисунок 1**). В більшості ОТГ немає пацієнтів на гемодіалізі або їх всього 1-2 пацієнти. Проте, є окремі “віддалені” територіальні громади від міст надання послуг гемодіалізу та в яких проживає велика кількість пацієнтів, які вимушені долати великі відстані 3 рази на тиждень. Відтак, в Городнянській ОТГ - 7 пацієнтів (55 км автомобільним маршрутом до найближчої лікарні в м. Корюківка), Новгород-Сіверська ОТГ - 5 пацієнтів (94 км до найближчої лікарні в м. Корюківка Чернігівської області або 30 км до лікарні у Шостці, Сумської області), Борзнянська - 8 пацієнтів (54 км до найближчої лікарні в м. Ніжин).

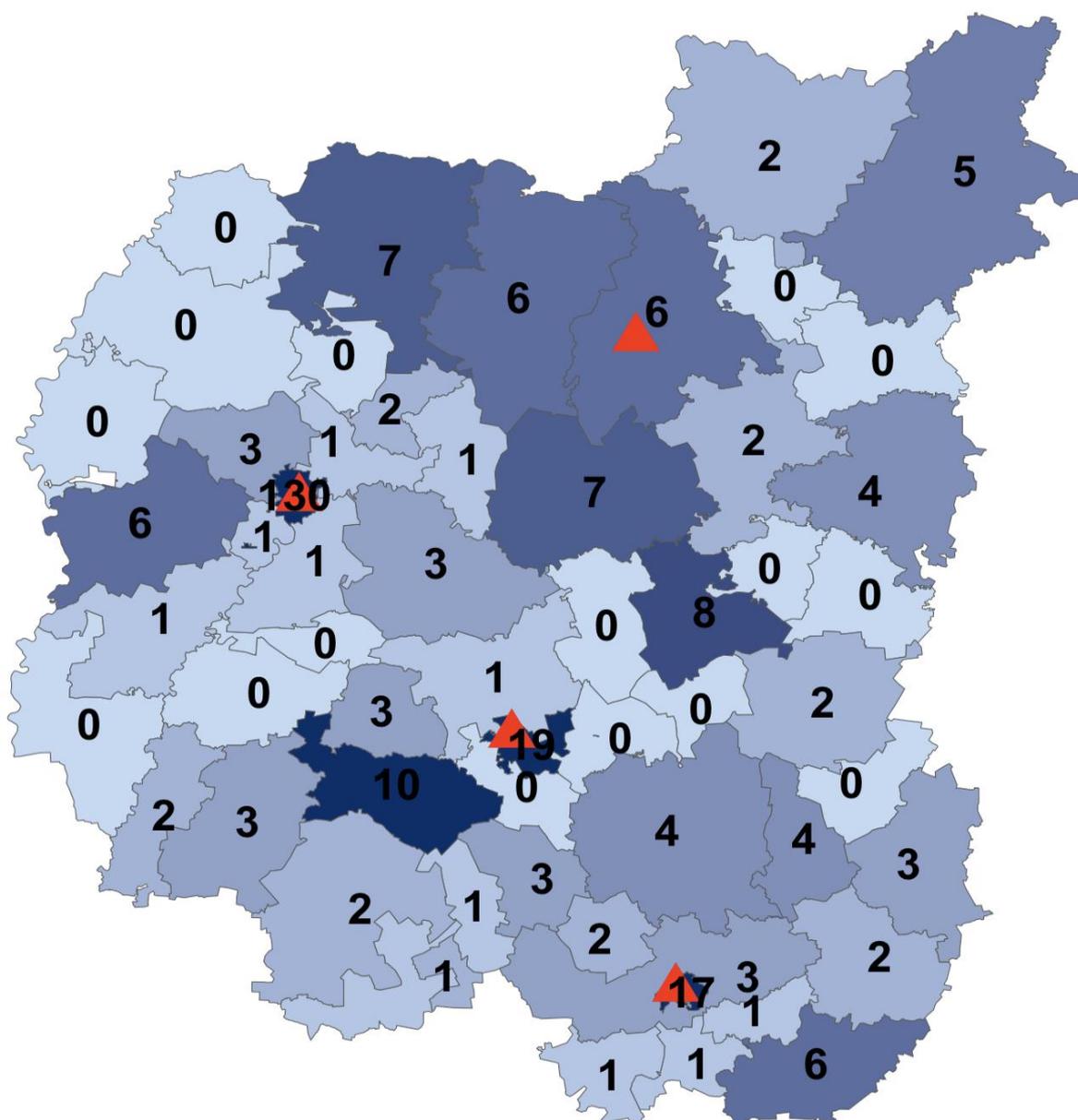


Рисунок 1. Кількість пацієнтів на гемодіалізі в розрізі територіальних громад та лікувальні заклади, які надають послуги з гемодіалізу (червоний трикутник)

Стосовно інших областей, на другому етапі дослідження, нами були проаналізовані дані НСЗУ, а також дані “Звіту юридичної особи незалежно від її організаційно-правової форми та фізичної особи - підприємця, які провадять господарську діяльність з медичної практики” Центру медстатистики Центру громадського здоров'я МОЗ України (далі - форма 20). Форма 20 була використана з метою отримання інформації щодо кількості приладів для проведення гемодіалізу в Україні та в областях, що досліджуються. Цей показник використаний для розрахунку середнього навантаження на прилад (мається на увазі кількість пацієнтів на один прилад та кількість сеансів (процедур) гемодіалізу на один прилад). При цьому форма 20 була взята з рубрики “Статистичні дані МОЗ всі відомства та приватні установи”¹⁵, а отже містить інформацію про наявні у області прилади для гемодіалізу незалежно від форми власності, тобто включає приватні установи, що надають цю послугу. Однак варто зазначити, що немає впевненості в тому, що приватні установи надають повну інформацію про наявні у них прилади, а також в тому, чи всі приватні установи мають договори з НСЗУ. Результати цього аналізу наведені у **Додатку В частина I**.

Загалом у 8-ми областях, взятих у дослідження (включаючи Чернігівську область) та у місті Києві знаходиться 974 апарати для гемодіалізу, з яких 411 у місті Києві та Київській області.¹⁶ Кількість пацієнтів, які отримують послуги гемодіалізу на цих приладах становить 6 262, з яких 1 064 отримують послуги у м. Київ та Київській області. Це відповідає 284 507 та 179 679 кількості процедур (сеансів) гемодіалізу на рік, і, відповідно навантаження на один прилад становить 6.4 пацієнтів на один апарат у 8-ми областях, що досліджуються (що в середньому відповідає 439.8 процедур (сеансів) на один апарат), а у м. Київ та Київській області - 5.6 пацієнтів на апарат (402.8 сеансів гемодіалізу). Також у таблиці вказана середня кількість візитів одного пацієнта на рік для проведення гемодіалізу (**Додаток В, частина I**). Даний результат демонструє високу кількість пацієнтів, але і велику кількість апаратів, у м. Києві та Київській області, а відтак навантаження на один апарат гемодіалізу у м. Києві та Київській області є трохи нижчим, ніж середнє навантаження у інших областях. При цьому не можна виключати, що до Київської області та м. Київ приїжджають пацієнти із сусідніх областей, які мають таку можливість.

15

<http://medstat.gov.ua/ukr/statdan.html#:~:text=%D0%A1%D1%82%D0%B0%D1%82%D0%B8%D1%81%D1%82%D0%B8%D1%87%D0%BD%D1%96%20%D0%B4%D0%B0%D0%BD%D1%96%20%D0%9C%D0%9E%D0%97%20%D0%B2%D1%81%D1%96%20%D0%B2%D1%96%D0%B4%D0%BE%D0%BC%D1%81%D1%82%D0%B2%D0%B0%20%D1%82%D0%B0%20%D0%BF%D1%80%D0%B8%D0%B2%D0%B0%D1%82%D0%BD%D1%96%20%D1%83%D1%81%D1%82%D0%B0%D0%BD%D0%BE%D0%B2%D0%B8>

¹⁶ Місто Київ було включено до дослідження на підставі того, що частина пацієнтів з області отримують послуги у Києві і їх неможливо відділити.

Для порівняння поширеності послуг діалізу в Україні з іншими країнами нами були обрані Румунія, Латвія, Польща та Англія, **Таблиця 2.**

Країна	Поширеність Замісної ниркової терапії на 1 млн населення	З них гемодіаліз
Україна	304	~325 (Черніг. обл)
Румунія	1184	972
Англія	1009	281
Латвія	600	
Польща	509	
Європа у середньому	1040	

Таблиця 2. Поширеність Замісної ниркової терапії у вибраних країнах, осіб на 1 млн населення (з ERA-EDTA Registry, Annual Report 2021 (2023 рік) [2]).

Латвія є достатньо близькою до України як територіально, так і за епідеміологією цукрового діабету, як причини хвороби нирок. Досить близькою до України за показником поширеності діабету та географічно є також Румунія, особливо з огляду на те, що більше 80% лікування надається у вигляді гемодіалізу, а трансплантація нирки розвинена ще недостатньо, так само, як і в Україні, де гемодіаліз залишається провідним методом ЗНТ.

У Румунії на 19 млн населення існує 22 500 пацієнтів, з яких 18 500 отримують гемодіаліз у 142-х центрах [2]. Кількість послуг із гемодіалізу становить 972,0 на 1 млн населення. Якщо додати гемофільтрацію та гемодіафільтрацію сумарно 1027,5 на 1 млн населення.

Якщо ж порівняти розподіл пацієнтів та послуги гемодіалізу у Британії, то на 56,5 млн населення, з 55 тисяч пацієнтів на ЗНТ гемодіаліз отримують 15,5 тисяч пацієнтів (21,5 тисячі, включаючи гемофільтрацію, гемодіафільтрацію) у 64 центрах. Такий порівняно низький показник є наслідком широкої доступності трансплантації нирки. У перерахунку на кількість населення поширеність послуги гемодіалізу становить 281,3 на 1 млн населення (387,8 на 1 млн населення, включаючи гемофільтрацію та гемодіафільтрацію). Загалом за європейським досвідом розподіл варіантів Замісної ниркової терапії представлено на **Рисунку 2.**

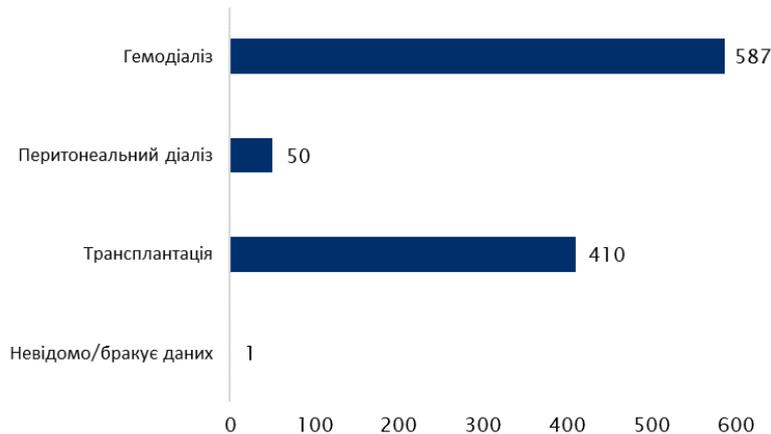


Рисунок 2. Розподіл поширеності типів ЗНТ в середньому по усім реєстрам країн Європи (з ERA-EDTA Registry, Annual Report 2021 (2023 рік) [2]), поширеність на 1 мільйон населення.

Звертає на себе увагу недостатня діагностика хронічної хвороби нирок, що призводить до заниженої потреби у ЗНТ в Україні. За даними ERA-EDTA Registry, Annual Report 2021 (2023 рік) [2] в Україні (не скориговані дані) потреба у всіх видах ЗНТ становить 304 пацієнти на 1 млн населення, а для порівняння у Польщі - 509 пацієнтів на 1 млн населення, у Латвії - 600, у Естонії - 826, в Угорщині - 934, в Англії - 1009 і у Румунії - 1184. У середньому по країнам наведеним у дослідженні (Європа) - 1040 пацієнтів на 1 млн населення. Така недодіагностика пов'язана із тим, що ранні стадії хронічної хвороби нирок проходять безсимптомно, а населення України, особливо не з великих міст, рідко проходить профілактичні огляди та майже не звертається за консультаціями до спеціалістів без наявних симптомів. Необхідність ранньої діагностики хронічної хвороби нирок лягає в першу чергу на первинну ланку медичної допомоги - лікарів загальної практики сімейної медицини, які мають призначати відповідні аналізи пацієнтам з груп ризику (зокрема таким, що страждають на цукровий діабет, гломерулонефрит тощо).

Середній вік пацієнтів, що отримують ЗНТ в Україні 52,8 (показник до повномаштабного вторгнення), що значно нижче за усі країни наведені у дослідженні [2]. Наприклад, в Латвії - 55,8, в Англії - 58,3 роки, Естонії - 59,8, Угорщині - 62,0 роки, Румунії - 63,8 роки. А в середньому по країнам це 62,2 роки. Це, на жаль, негативний показник, який може говорити про більш ранню смертність пацієнтів, а також про збільшення економічного тягара (burden of disease) таких пацієнтів, оскільки 52 роки - це працездатний вік. Середній по всіх Європейських реєстрах розподіл пацієнтів, що потребують ЗНТ, за віком наведено на

Рисунку 3.

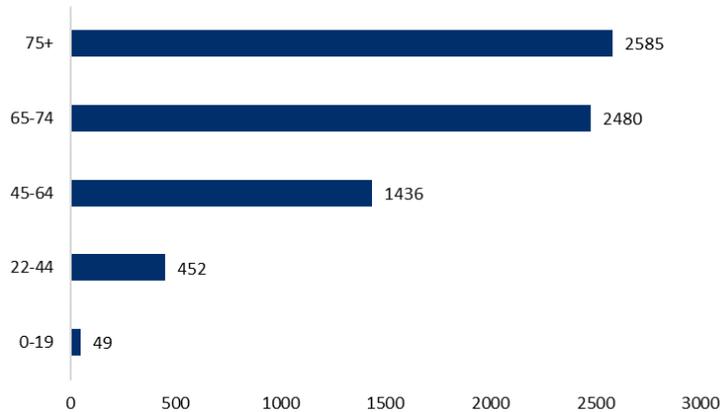


Рисунок 3. Середній по всіх Європейських реєстрах розподіл пацієнтів, що потребують ЗНТ, за віком (з ERA-EDTA Registry, Annual Report 2021 (2023 рік) [2]), поширеність на 1 мільйон населення відповідного віку.

За даними статистики, 63% пацієнтів ЗНТ є чоловіки. **На Рисунок 4** наведено розподіл типів ЗНТ у пацієнтів, залежно від віку. Вкрай важливим є забезпечення трансплантацією нирки молодих пацієнтів, оскільки це значно покращує прогноз щодо виживання та зберігає таким пацієнтам працездатність (**Додаток У**). Діалізні пацієнти попри I-шу групу інвалідності мають змогу працювати та мати достатню якість життя [3]. Пацієнти, які починають діаліз у пізні 20 років можуть очікувати тривалість життя до 20 років та більше, пацієнти ж старші 75 років можуть прожити 2-3 роки. І ці терміни мають тенденцію до збільшення. Для молодих пацієнтів є особливо важливим наявність трансплантації, що значно покращує прогноз, якість та тривалість життя. Станом на зараз Україна має значну недостатність цього компоненту ЗНТ.



Рисунок 4. Поширеність типів ЗНТ в середньому по усім реєстрам країн Європи залежно від віку пацієнтів: у молодших пацієнтів основним методом лікування є трансплантація нирки (з ERA-EDTA Registry, Annual Report 2021 (2023 рік) [2]), %.

Наприклад, в Україні рівень трансплантацій 6 на 1 млн населення, в Польщі - 20, в Англії - 41, а в Іспанії, яка є лідером - 62, у середньому ж по країнам, які є в дослідженні ERA-EDTA Registry, Annual Report 2021 (2023 рік) - 37 на 1 млн населення [2]. Причому найбільше доцільно

звернути увагу на трансплантацію від померлих донорів.

2. Хіміотерапія

Хіміотерапія поруч із онкологічною хірургією є найрозповсюдженішим методом лікування пухлин. У статистичних збірниках Центру медстатистики Центру громадського здоров'я МОЗ України (<http://medstat.gov.ua/>) хіміотерапія разом із хірургічними методами лікування та радіотерапією входить до рубрики “спеціальне лікування” та не виділена окремо. Національний канцер-реєстр України не надає інформації про лікування, відтак тільки лікарняні канцер-реєстри мають точну інформацію про число пацієнтів, які отримали послугу хіміотерапії та кількість курсів хіміотерапії на кожного пацієнта за рік. В межах одного типу пухлин існує декілька ліній хіміотерапії, кожна з яких включає декілька різних схем хіміотерапії. Таке різноманіття призводить до того, що зібрати узагальнені дані по кількості наданих послуг з хіміотерапії є майже неможливим, оскільки статистика ведеться або в межах одного типу пухлин, або в межах одного з сотень конкретних препаратів (споживання). При пухлинах різних локалізацій частота призначення хіміотерапії пацієнтам сильно варіює (наприклад, оптимальний відсоток пацієнтів, що мають отримати хіміотерапію для раку щитоподібної залози становить 13.2 %, а при раку яєчника - 84.2 %).

Для отримання цієї інформації, як зазначено в методології дослідження, на першому етапі дослідження нами був направлений запит у Чернігівський Обласний Центр Сучасної Онкології (ЧОЦСО), за відповіддю на який нам вдалося визначити кількість пацієнтів, що отримували цю послугу протягом року як в стаціонарних так і в амбулаторних умовах, а також середню кількість курсів хіміотерапії на рік. Для інших областей, на другому етапі дослідження, нами були проаналізовані дані НСЗУ, а також дані форми 20 статистичної звітності Служби медичної статистики України. Результати цього аналізу наведені у **Додатку В частина 2**.

Враховуючи складність отримання вірогідних статистичних даних, щодо проходження пацієнтами хіміотерапії, з огляду на високу пацієнтоцентричність та індивідуалізованість цієї терапії, для порівняння розповсюдженості цього сервісу нами був проведений ряд розрахунків, в яких нами був використаний розподіл захворюваності на злоякісні новоутворення по основних локалізаціях та усереднений світовий показник захворюваності (для порівняння). Для оцінки приблизної кількості пацієнтів, яким показане лікування методом хіміотерапії, нами був використаний у розрахунках середній світовий показник захворюваності на злоякісні новоутворення, а також середній світовий показник “оптимальна кількість хіміотерапій”. Результати цих розрахунків у Чернігівській області, стосовно першого етапу дослідження наведені у **Додатку Г**.

Іншим важливим показником є кількість циклів хіміотерапії на кожного пацієнта. Цей показник також є дуже індивідуальним і залежить не лише від особливостей діагнозу кожного пацієнта (локалізація, стадія), а і від наявності чи відсутності побічних ефектів у пацієнта при терапії, яку

вже розпочато, віку пацієнта, наявності супутніх захворювань та, зрештою, відповіді на лікування (ефективності). Орієнтуючись на основні міжнародні та українські гайдлайни нами був визначений дуже приблизний усереднений показник кількості циклів хіміотерапії при різних локалізаціях пухлин (колонка 7 у **Додатку Г**), що був підтверджений під час інтерв'ю з лікарем-хіміотерапевтом. В подальшому, користуючись цим показником ми розраховали оціночну кількість циклів хіміотерапії, проведених у Чернігівській області нововиявленим пацієнтам протягом 2021 року. Цей результат наведено у колонці 8 **Додатку Г**, і сумарний показник становить 9565 курсів, що передбачає приблизно таку саму кількість поїздок пацієнтів до закладу охорони здоров'я незалежно від форми надання допомоги (амбулаторно чи стаціонарно).

Одним з важливих показників, який може впливати на кількість поїздок пацієнтів, є амбулаторна чи стаціонарна форма надання медичної допомоги. Більшість сучасних клінічних настанов рекомендують проводити хіміотерапію амбулаторно, що знижує вартість хіміотерапії, а також сприяє психоемоційному комфорту пацієнта, що підвищує сприйняття терапії. Існують основні рекомендації для обов'язкової госпіталізації пацієнта, якому надається хіміотерапії. Наприклад, комбінована хіміо- та радіотерапія, супутні захворювання, ініціальне (перше) введення препаратів, тощо. У публікації “Guidelines for Hospitalization for Chemotherapy”¹⁷ всього наведено 18 показань для госпіталізації пацієнтів при проведенні хіміотерапії.

Отже, згідно Бюлетеню Національного канцер-реєстру України за 2021-2022 роки¹⁸, кількість нових пацієнтів у Чернігівській області з пухлинами різних локалізацій розрахована на 100 тисяч населення та перерахована на населення Чернігівської області у 2021 році, становить 3045 нових пацієнтів. Оптимальний світовий показник використання хіміотерапії, взятий із літератури¹⁹ та наведений у колонці 5 **Додатку Г**, дозволив визначити розрахункову кількість нових пацієнтів, які отримували хіміотерапію у 2021 році. Сумарний показник, що включає пухлини всіх основних локалізацій, становить 1782 пацієнти. Необхідно одразу зазначити, що в реальності цей показник має бути і є вищим, оскільки до нових пацієнтів додаються такі, що отримували лікування та були діагностовані у минулому році.

Середні показники діяльності Комунального некомерційного підприємства “Чернігівський медичний центр сучасної онкології” Чернігівської обласної ради у 2023-му році демонструють, що хіміотерапія надавалась як стаціонарно так і амбулаторно. При цьому середня кількість циклів на пацієнта становить 3.8, що на 1 курс менше розрахункової кількості, взятої нами з клінічних настанов. Таким чином загальна кількість циклів хіміотерапії, реально проведених у Чернігівській області у 2023 році для всіх пацієнтів, незалежно від форми надання терапії (амбулаторно чи стаціонарно) становить 10 303 цикли (тобто певна кількість сеансів, під час яких безпосередньо отримується хіміотерапія, об'єднані в один часовий проміжок), що приблизно відповідає кількості поїздок, які виконали пацієнти (також підтверджено під час інтерв'ю). Реальне число

¹⁷ <https://theoncologist.onlinelibrary.wiley.com/doi/pdfdirect/10.1634/theoncologist.1-1-107>

¹⁸ http://www.ncru.inf.ua/publications/BULL_24/index.htm

¹⁹ [http://dx.doi.org/10.1016/S1470-2045\(19\)30163-9](http://dx.doi.org/10.1016/S1470-2045(19)30163-9)

курсів хіміотерапії є більшим за розрахунковий показник (9 565 курсів), що обумовлено, окрім похибки екстраполяції середніх світових показників використання хіміотерапії на Чернігівську область України, ще й тим, що в поточному році хіміотерапію окрім нововиявлених пацієнтів, отримують ще й пацієнти діагностовані у минулому році. Окрім того, більша кількість пацієнтів (1 634 проти 1 278) отримують хіміотерапію амбулаторно.

Нарешті, ми провели оціночний розрахунок кількості циклів хіміотерапії у 2021 році для нововиявлених пацієнтів по всій Україні. Він наведений у **Додатку Д**. Загальна кількість циклів хіміотерапії по всій Україні у 2021 році, розрахована на основі епідеміологічних даних Національного канцер-реєстру України та середнього світового показника оптимального використання хіміотерапії при пухлинах різних локалізацій, становить 297 441 цикл. Для порівняння у **колонці 7 Додатку Д** наведена літературна інформація щодо світового показника захворюваності на злоякісні новоутворення²⁰.

Загалом у 8-ми областях, взятих у дослідження на другому етапі (включаючи Чернігівську область) та у місті Києві, згідно даним НСЗУ хіміотерапію у 2023 році отримали 46 516 пацієнти, а загалом в Україні 105 353 пацієнти. Ця кількість відповідає такій розповсюдженості послуги хіміотерапії: 3.57 на 1000 населення у 8-ми областях, взятих у дослідження, та у м. Київ, а також 3.3 на 1000 населення по всій Україні (**Додаток В, частина 2**). Кількість пацієнтів, що отримували хіміотерапію у Чернігівській області згідно даних НСЗУ є меншою, ніж така кількість надана Чернігівським Обласним Центром Сучасної Онкології (2 234 пацієнти та 2 912 відповідно). По всій Україні кількість осіб, що отримали хіміотерапію згідно даних НСЗУ (**Додаток В, частина 2**) є трохи меншим за розрахункову величину (**Додаток Д**), а саме: 105 353 пацієнти та 120 055 пацієнтів відповідно. Це може бути пов'язане із помилкою екстраполяції у розрахунках, а також із тим, що у розрахунках використовувалися дані 2021 року, тоді як надана інформація НСЗУ охоплює 2023 рік, коли вже почалось повномасштабне вторгнення і значна частка населення вимушено змінили місце проживання.

3. Радіотерапія

На відміну від хіміотерапії, кількість проведених процедур із радіотерапії чітко визначена для різних країн світу, включаючи й Україну. Це пов'язано із тим, що ця допомога надається у невеликій кількості закладів, що мають відповідне дороговартісне обладнання. Радіотерапія призначається не так часто як хіміотерапія і включає не так багато різних груп методів чи препаратів. Кількість послуг з радіотерапії наданих протягом року в Україні наводиться в окремій рубриці у таблиці 2 збірки “Показники діяльності онкологічної, рентгенологічної та радіологічної служби України”, на сайті Центру медичної статистики України²¹. У 2022 році радіологічне лікування було надане 44 590 пацієнтам, що у перерахунку на населення України становить 112.3

²⁰ [http://dx.doi.org/10.1016/S1470-2045\(19\)30163-9](http://dx.doi.org/10.1016/S1470-2045(19)30163-9)

²¹ medstat.gov.ua/ukr/MMXXII.html

на 100 000 населення (**Таблиця 3**). Для порівняння нами було взято дві країни східної Європи, а також Великобританію та США. Як видно з таблиці кількість пацієнтів, яким надається радіотерапія, у перерахунку на населення країни, в Україні є лише трохи нижчою за референтні країни і є більшою за аналогічну кількість у Румунії. Завищене число пацієнтів, яким проводиться радіотерапія, у Польщі пов'язане із тим, що ця країна намагається розвивати даний вид медичної допомоги, як напрямок для медичного туризму, а також із великою кількістю українських біженців у цій країні у 2022-у році.

Реальне число пацієнтів, яким була надана радіотерапія у Чернігівській області у 2023 році було отримане нами при обробці відповіді на наш запит від Чернігівського Центру Сучасної Онкології. Амбулаторно цю послугу отримали 732 пацієнти та ще 795 пацієнтів лікувалися променевою терапією стаціонарно (всього по області 1527 пацієнтів). При цьому кількість амбулаторних візитів (а отже і поїздок пацієнта) з метою отримання радіотерапії амбулаторно становить в середньому для одного пацієнта 7.91, а стаціонарно - 1.24 візита. Це число відповідає такій кількості візитів на всіх пацієнтів (а отже і поїздок) за рік: амбулаторно 5790, а стаціонарно 986.

Країна	Кількість унікальних пацієнтів, 2022	Населення	Кількість унікальних пацієнтів на 100 000 населення	Посилання
Україна	44 590	39 700 000	112,3	Таблиця 2 з Показники діяльності онкологічної, рентгенологічної та радіологічної служби України, з сайту медстату medstat.gov.ua/ukr/MMX/XII.html
Польща	99 016	37 650 000	263,0	https://www.medexpress.pl/en/protection-health/theres-new-report-on-poland-radiotherapy-in-2022/
Румунія	14 622	19 659 000	74,4	https://synaptiq.io/insuficienta-tratamentelor-pe-baza-de-radioterapie-in-romania/

Велика Британія	120 000	67 509 000	177,8	https://www.england.nhs.uk/north-west/greener-nhs/case-studies-greener-nhs/case-study-radiotherapy/#:~:text=Radiotherapy%20uses%20high%20energy%20radiation,50%25%20of%20all%20cancer%20patients.
США	650 000	333 288 000	195,0	https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8921251/#:~:text=Each%20year%20approximately%20650%2C000%20individuals,ultimately%20require%20hospitalization5%2C%206.

Таблиця 3. Кількість пацієнтів, що отримували радіотерапію у різних країнах у 2022-у році.

У Чернігівській області хіміотерапія надається в трьох ЗОЗ, кількість пролікованих випадків та епізодів лікування в різні роки, згідно даних НСЗУ наведена у **Додатку Е**. Радіотерапія надається одним закладом.

Стосовно інших областей, включених до другого етапу дослідження, то згідно даних НСЗУ у 2023 році методом радіотерапії у 8-ми областях (включаючи Чернігівську область) та у м. Київ лікувалися 15 859 пацієнтів, а по всій Україні - 37 795 пацієнтів, що відповідає поширеності цього лікування у 1.2 на 1000 населення та 1.18 на 1000 населення відповідно (**Додаток В, частина 2**).

30% пацієнтів на хіміо-/радіотерапії (1 466 з 4 859) проживають та отримують послуги безпосередньо в місті надання послуг в м. Чернігів. Проте, більша частина пацієнтів проживає поза містом отримання медичних послуг лікування онкозахворювання. Важливо відзначити віддаленість окремих великих ОТГ, де проживає багато населення - Прилуцька (235 пацієнтів), Новгород-Сіверська (88 пацієнти), Бахмацька (115 пацієнтів). Для них середня відстань в одну сторону сягає понад 180 км автомобільним дорогами (**Рисунок 5**).

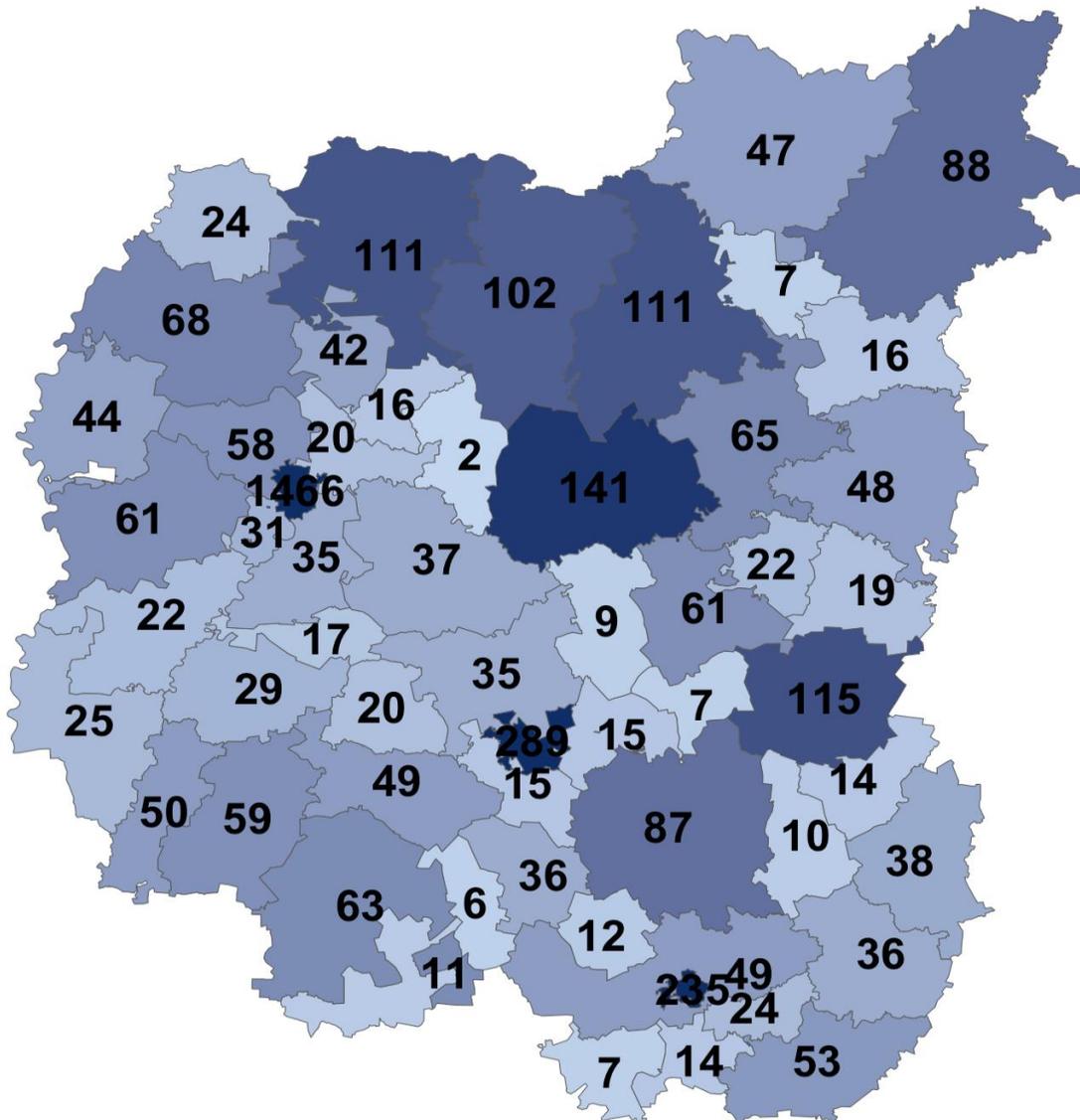


Рисунок 5. Кількість пацієнтів на хіміо-/радіотерапії в розрізі територіальних громад Чернігівської області.

Ця проблематика територіально віддалених населених пунктів від міст, де надають послуги хіміо-/радіотерапії буде простежуватись і в інших областях України. Це пов'язано з тим, що послуги лікування онкозахворювання надаються здебільшого тільки в обласних центрах, та близько половини обласних центрів знаходиться суттєво зміщено відносно географічного центру області.

4. Мамографія

Мамографія - рентгенологічна скринінгова процедура, рекомендована один раз на два роки всім жінкам віком 40 років та старше.^{9,10} у Методології Дана скринінгова процедура дозволяє виявлення патологічних змін у молочній залозі на більш ранніх стадіях, що підвищує ефективність лікування, зменшує його вартість та підвищує виживаність пацієнтів. Відвідуваність мамографії в Україні є

нижчою за розвинені Європейські країни, де додаткову мотивацію створюють страхові компанії. Це пов'язано також із повномасштабним вторгненням, а додатково із низькою обізнаністю населення особливо у сільських регіонах, щодо важливості регулярного проходження мамографії. Частково ця проблема, особливо у літніх людей, може обумовлюватися перешкодами із транспортуванням жінок для скринінгу раку молочної залози із віддалених місць проживання до центрів, що проводять мамографію.

Кількість осіб, що потенційно мають проходити мамографію відповідає кількості жінок віком 40 років та старше. Мамографію рекомендовано робити раз на два роки. Однак, враховуючи недостовірність даних центру державної статистики, щодо останнього перепису населення в Україні, повномасштабне вторгнення, що призвело до вимушеного виїзду частки населення, особливо жіночого, закордон, внутрішньо переміщених осіб, тощо, ми не стали користуватися даними центру державної статистики. Для з'ясування реальної кількості осіб, які скористалися послугою мамографії, ми використали розрахунок, а саме сума виплат за область, поділена на стандартну вартість мамографії у пакеті медичних гарантій. Місто Київ було включено до дослідження на підставі того, що частина пацієнтів з області отримують послуги у Києві і їх неможливо відділити. В результаті даних розрахунків ми встановили, що разом у 8-ми областях, що досліджуються (включаючи Чернігівську область) та у м. Київ кількість осіб, що пройшли мамографію у 2023-у році складає 265 213 пацієнтів, а по всій Україні - 864 526. Це число є очевидно меншим ніж реальна кількість жінок віком 40 років та старше. Для розрахунку навантаження на один мамограф, нами була використана інформація про кількість мамографів у областях, що досліджуються та в Україні загалом, згідно форми 20 статистичної звітності Служби медичної статистики України²². При цьому форма 20 була взята з рубрики "Статистичні дані МОЗ всі відомства та приватні установи", а отже містить інформацію про наявні у області прилади для мамографії незалежно від форми власності, тобто включає приватні установи, що надають цю послугу. Однак варто зазначити, що немає впевненості в тому, що приватні установи надають повну інформацію про наявні у них прилади, а також в тому, чи всі приватні установи мають договори з НСЗУ. Результати цього аналізу наведені у **Додатку Є, частина I**. Загалом у 8-ми областях, взятих у дослідження (включаючи Чернігівську область) та у місті Києві знаходиться 225 мамографів, з яких 186 діючі, а в Україні загалом зареєстровано 454 мамографи, з яких 366 діючі. Навантаження на один прилад, таким чином, становить 1 426 пацієнтів на кожен діючий мамограф на рік у областях, що досліджуються, та 2 362 пацієнти на рік на кожен діючий мамограф в Україні загалом. Дане навантаження в середньому відповідає 5.4 пацієнта на день у областях, що досліджуються, разом із Київською областю та м. Київ, та 9.0 пацієнтів на день в Україні загалом (з розрахунку 262 робочих дні на рік).

²² http://medstat.gov.ua/im/upload/2023_R20.zip

5. Реабілітація

Послуга реабілітації об'єднує велику групу процедур, метою яких є покращення фізичного та психологічного стану пацієнтів, а за можливості й відновлення працездатного стану, або стану достатнього для самообслуговування у пацієнтів, що перенесли тяжкі хвороби опорно-рухового апарату та/або нервової системи (інсульт), серцево-судинної системи (інфаркт). Такі пацієнти особливо чутливі до проблем із транспортуванням, оскільки часто не можуть пересуватися самостійно, чи користуються візками. Кількість пацієнтів, що перенесли інсульт, у 2023-у році згідно даних НСЗУ становить 115 520 в Україні (54 010 у 8-ми областях, що досліджуються, та у м. Київ), що відповідає розповсюдженості інсультів у 3,62 пацієнти на 1 000 населення в Україні та 4,15 у областях, що досліджуються.. НСЗУ не володіє інформацією про кількість унікальних пацієнтів, які проходили медичну реабілітацію. Тому для отримання більш точних даних, ми використали показники виписаних ЗОЗ та погашених відділеннями реабілітації медичних направлень на реабілітацію. Так, у 2023-у році у 8 областях, що досліджуються, було виписано 166 434 направлень на реабілітацію, з яких 7 596 у м. Київ та Київській області. З них погашеними виявилися 143 435 направлень в усіх регіонах, що досліджуються, з яких у м. Київ та Київській області 6 271. Таким чином, конверсія виписаного направлення у погашене (власне надання послуги за направленням) становить 0.86 по всіх областях, що взяті у дослідження, та 0.83 у м. Київ та Київській області. Розповсюдженість послуги медичної реабілітації, згідно цих розрахунків, становить 7.87 осіб на 1 000 населення в областях, що досліджуються, та 6.35 осіб на 1 000 населення в Україні загалом (**Додаток Є, частина 2**).

ІНОЗЕМНИЙ ДОСВІД

Авторський колектив висловлює подяку за наступні роботи, які допомогли у підготовці та наповненні даного розділу. Такою роботою є “Improving non-emergency patient transport services. Report of the non-emergency patient transport review”, Abrahams et. al., August 2021 [1] - включає огляд існуючої системи та рекомендації щодо подальшого покращення існуючої системи транспортування в межах NHS Англії станом на 2021 рік. Іншою важливою роботою є “Patient transport services. An integrated part of the tertiary healthcare system”, Hansen et. al., 2022-2023 [5]. Це праця колективу авторів націлена на причини доцільності створення системи неекстреного транспортування, кроки до включення у сучасну систему медичної допомоги, рекомендації для розбудови системи транспортування в Україні тощо. Серед переваг роботи - аналіз досвіду системи транспортування обраних держав Європи, у яких автори мають експертизу. Робота була випущена уже з врахуванням фактору повномасштабного вторгнення РФ.

I. NHS Англії (Великобританія)

На початку рекомендується окремо розбудувати систему PTS (неекстреного транспортування) та QPTS (міжлікарняного перевезення пацієнтів) з метою фокусування на наданні послуг та становленні системи. Після закінчення розбудови системи можливо розглянути опцію об'єднання з системою екстреної медичної допомоги.

Дослідження системи неекстреного транспортування хворих у Британії²³ у 2022 році демонструє, що більше 70% вважають, що гемодіалізні пацієнти мають бути забезпечені транспортуванням до і від центрів отримання послуг. При цьому зазначається, що досі онкологічні пацієнти, що отримують радіотерапію чи хіміотерапію відчують нерівність доступу до послуг транспортування в порівнянні з пацієнтами на гемодіалізі. Багато респондентів пропонували проводити медичну та соціальну оцінку також і гемодіалізних пацієнтів, а не покривати їх потреби безумовно.

Система неекстреного транспортування Англії забезпечує 11-12 мільйонів поїздок пацієнтів щороку, що приблизно вдвічі більше за кількість екстрених медичних перевезень пацієнтів, 140 мільйонів миль на рік або півмільйона миль кожного робочого дня. За оцінками експертів NHS покриває 45% з них та 55% - незалежні надавачі. Функціонування зазначеної системи оцінюється приблизно як £1 на кожні £275 витрат NHS, приблизно стільки ж, скільки коштує радіотерапія. Така сума є трохи нижчою за 0.4% всіх витрат Британської NHS - £8 на одиницю

²³ <https://www.england.nhs.uk/wp-content/uploads/2022/05/B1244-eligibility-criteria-consultation-feedback-report.pdf>

населення. Таким чином, автори публікації оцінюють, що приблизно £460 мільйонів на рік витрачаються на систему неекстреного транспортування пацієнтів, а середня вартість одного перевезення - £38. Кожного робочого дня приблизно 20 000 людей користуються системою неекстреного транспортування у Британії.

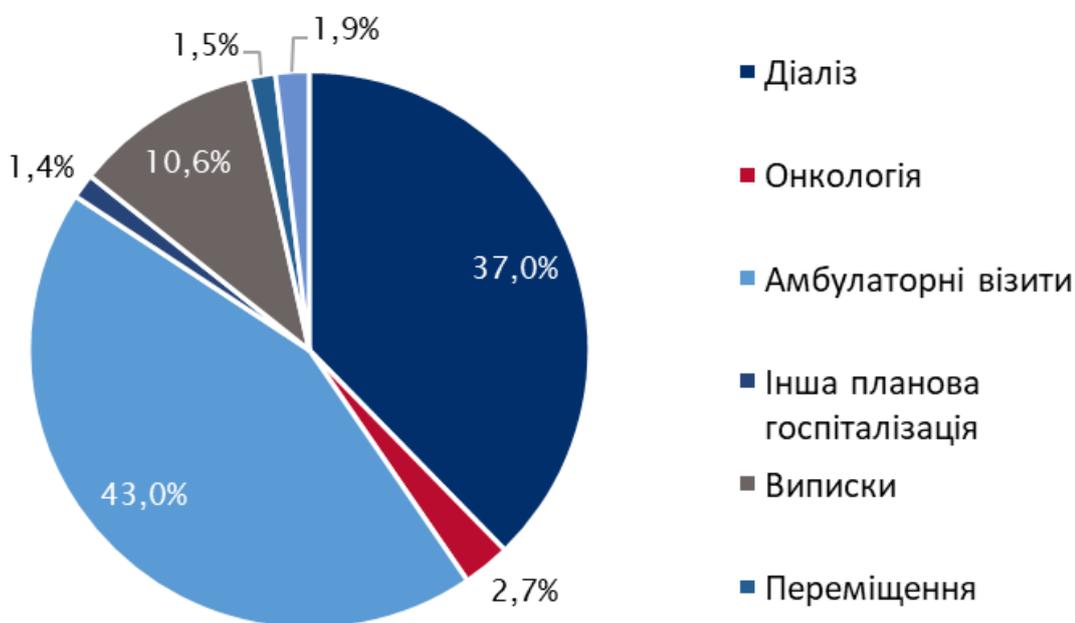


Рисунок 6. Розподіл причин подорожей пацієнтами при отриманні неекстреного транспортування у Англії, %

2. Словаччини (Словацької Республіки)

У Словаччині розподіл за причинами неекстреного транспортування є наступним **Рисунок 7:**

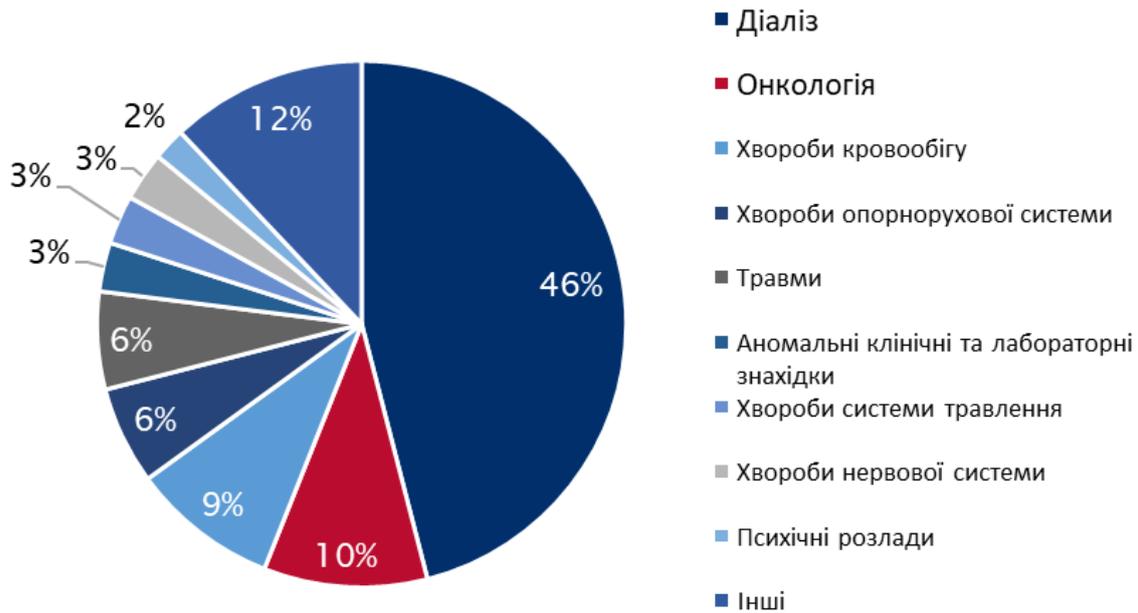


Рисунок 7. Розподіл причин подорожей пацієнтами при отриманні неекстреного транспортування у Словаччині, %

Середня дистанція подорожі складає 30 км. Подорожжю вважається поїздка у 2 сторони. Система неекстреного транспортування є відокремленою системою від Екстреної допомоги та водії не є медичними професіоналами. Орієнтовно у 2022 році ця система складала 0,7% усього бюджету охорони здоров'я. Планування та експедирування надається приватними та публічними надавачами. Автоматизована система вночі проводить розрахунок на наступний день з урахуванням найменшої вартості та підходящого транспорту для надання послуги. Деякі виправлення за потреби вносяться диспетчерами, також вони контролюють роботу протягом дня і діють щодо поїздок, на яких спрацювала автоматична система привернення уваги диспетчера.

Оплати відбуваються за пацієнто-кілометри і тільки за ті, де фізично пацієнт перевозився, без урахування подачі тощо. Дозволено транспортувати кількох пацієнтів одночасно і оплата за кожного надається окремо, тобто підвищується привабливість перевезення кількох пацієнтів одночасно. Вимоги до водіїв: від 21 року; права відповідної категорії понад 2 роки; кожні 12 місяців 8 годинні курси з першої допомоги; психотест на керування під "синіми вогнями". Щодо вимог до транспорту включають наявність крісла колісного, нош, автоматичного дефібрилятора, аптечки, засобів для перевезення дітей та людей з ожирінням.

3. Чехії (Чеської Республіки)

Транспортування фінансується страховими компаніями. Водії є медичними професіоналами пройшовши акредитовані курси.

Так як послуга є неекстреною, вона надається за передписанням лікаря та тільки платникам податку на охорону здоров'я. Якщо потрібен супровід, лікар зазначає це і страхова також оплачує.

Система працює відокремлено від екстреної допомоги і охоплює перевезення пацієнтів між лікарнями, адже водії є медичними професіоналами. Авто на такі випадки є швидкими з ношами, кріслами колісними та засобами для базових реанімаційних заходів.

Диспетчерські системи розпоршені по регіонах та працюють відокремлено, запис відбувається телефоном та опрацьовується неавтоматизованим програмним забезпеченням.

В залежності від відстані відбувається поділ на зони і для кожної є своя кількість балів за кілометр. Щороку Міністерство охорони здоров'я Чехії видає декрет, що встановлює вартість балів для оплати.

Оплати відбуваються за пацієнто-кілометри і тільки за ті, де фізично пацієнт перевозився, без урахування подачі тощо. Дозволено транспортувати кількох пацієнтів одночасно і оплата за кожного надається окремо. Також оплачується супроводжуючий. Максимум у транспорті 4 особи без врахування водія. Вимоги до водіїв: від 21 року; права відповідної категорії понад 2 роки; пройдено акредитовані курси "Водіння транспорту для хворих та травмованих"; психотест на керування під "синіми вогнями".

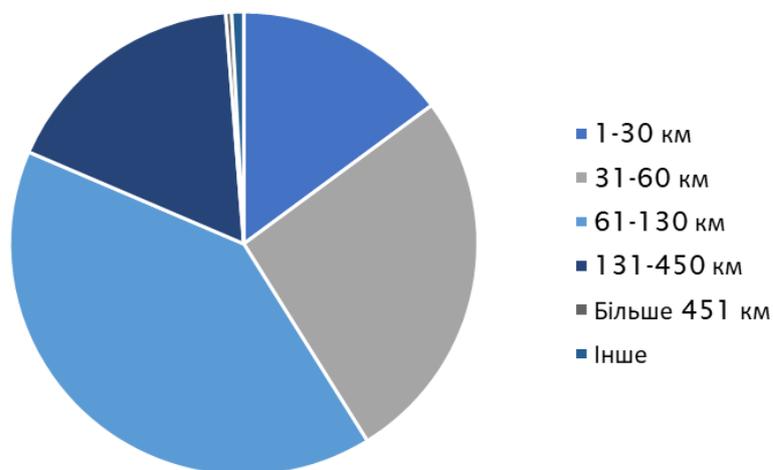


Рисунок 8. Розподіл довжини подорожей пацієнтами при отриманні неекстреного транспортування у Чехії, %

4. Данії (Королівство Данія)

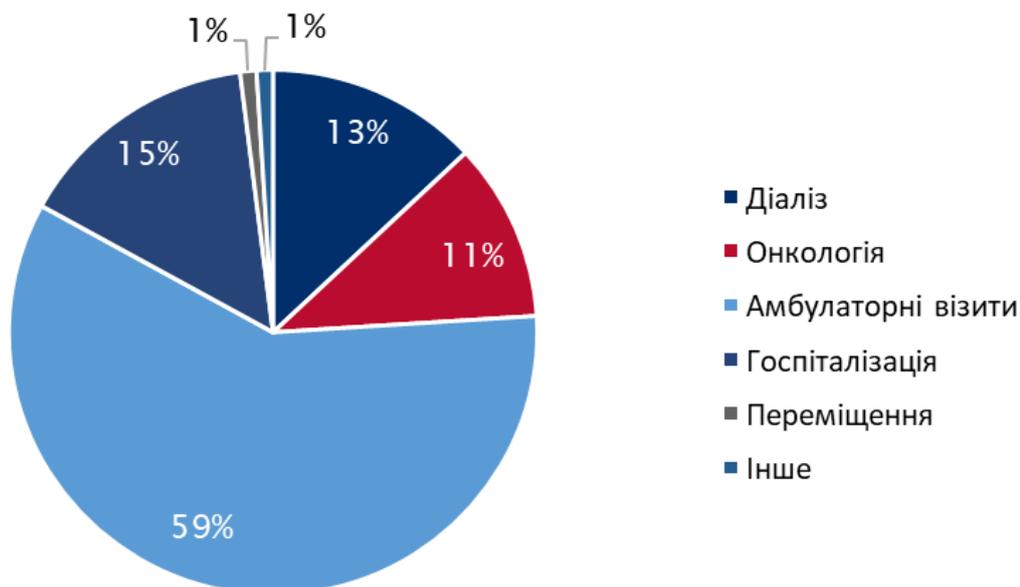


Рисунок 9. Розподіл причин подорожей пацієнтами при отриманні неекстреного транспортування у Данії, %

Бюджет сервісу неекстреного транспортування складає 0,68% бюджету охорони здоров'я 2020 року. Середня дистанція подорожі складає 35 км.

До критеріїв включення для отримання послуг транспортування відносять:

- отримання соціальної пенсії,
- проживання у більше ніж 50 км від ЗОЗ, до якого пацієнта направили;
- стан пацієнта, що виключає можливість користуватись громадським транспортом для лікування, консультації чи госпіталізації у ЗОЗ. Зокрема цим пунктом поривається транспортування для отримання хімію та радіотерапії.
- отримання послуг, високої частоти та тривалий час (наприклад, діаліз).

Найпоширенішими послугами є амбулаторна допомога, щодо спеціалізованих сервісів - провідними є "послуги інтересу" поточного дослідження - а саме діаліз 13% та онкологія 11%.

Система охорони здоров'я Данії характерна системою централізованих "супер"-госпіталів. На 1 млн населення - у середньому 3.8 госпіталі та 2.6 лікарняних ліжок на 1 000 населення. Екстрене та міжлікарняне транспортування надається державними та приватними надавачами. Планування та відправку пацієнтів системи неекстреного транспортування реалізує Агенція громадського транспорту (Trafikstyrelsen) з системи Міністерства транспорту Данії, у

столичному регіоні - цим займається приватний надавач Falck. На систему охорони здоров'я на місцях покладається перевірка критеріїв права скористатись послугами та онлайн створення заявки у державній агенції або в Falck.

Сплановані Агенцією поїздки реалізуються через приватних надавачів, а сплановані у Falck - забезпечуються як правило майже повністю ними самостійно, лише невелика частка може передаватись приватним надавачам.

Надавачів контрактують щодвароки, визначають вимоги та обирають на основі найнижчої ціни, також закладається додаткове врахування непередбачуваних потреб. Оплати надавачам здійснюється за години. Вона здійснюється шляхом зворотнього виставлення рахунків.

Система розраховує кількість годин, коли надавач був доступний для надання сервісів, якщо було надання сервісів понад встановлені години - вони компенсуються. Тобто години простою також оплачуються. Однак закупівельник при контрактуванні намагається мінімізувати такі години простою шляхом зменшення кількості законтракованих послуг і при цьому придбати достатньо сервісів, щоб забезпечити потребу. Змінні ресурси оплачуються лише за фактичне використання.

Усі водії обов'язково проходять 3-х тижневі професійні курси, надалі водії контролюються в ході щорічних та випадкових перевірок.

При роботі використовуються автоматизовані алгоритми розрахунку маршрутизації пацієнтів, які враховують усі доступні в базі види транспорту та вночі розраховується ідеальна схема на наступний день. Обирається найдешевший транспорт, що може надати затребуваний тип транспортування. В фоні система планування постійно проводить процес оптимізації.

Транспорт, який надає послуги розділяється на 7 класів - від звичайних авто до великих автобусів пристосованих до крісел колісних.

5. Польщі (Республіка Польща)

Надання послуг відбувається приватними та державними надавачами швидких. Система екстреної медичної допомоги цілком відокремлена. Транспортування хворих між лікарнями та неекстрене транспортування забезпечується одними і тими самими надавачами.

Переважно надається приватними надавачами. Транспорт забезпечується в рамках контракту між надавачем та лікарем, який надає допомогу пацієнту. Є строгі критерії, хто може скористатись, інакше - надання платних послуг. Є список груп нозологій таких як онкологічні, серцево-судинні, нервові, психічні захворювання тощо, для яких оплачується 40% вартості.

Диспетчерські системи розпорозені по регіонам та працюють відокремлено, запис відбувається телефоном та опрацьовується вручну диспетчерами.

Щодо транспортування пацієнтів для отримання діалізу, то тут використовується окреме рішення, а саме лікарні-надавачі послуг самостійно займаються транспортуванням пацієнтів шляхом контракування підрядників, які є немедичними надавачами.

6. Загальні висновки щодо проаналізованого іноземного досвіду

У даному розділі було проведено кабінетний огляд наявних систем транспортування у обраних країнах Європи, більш глибокий аналіз доцільно провести у майбутньому. Принагідно висловлюємо подяку авторам досліджень наведеними на початку розділу [1], [5].

Серед ключових висновків варто виділити наступні:

- Система неекстреного транспортування пацієнтів - є невід'ємним компонентом надання медичних послуг. Вона сприяє реалізації принципів універсального доступу до охорони здоров'я та не може бути ігнорована. Неможливість пацієнта доїхати до і з ЗОЗ - несе високі ризики негативних змін для здоров'я та добробуту пацієнтів.
- Відсутня єдина "правильна" реалізація. Обрані країни мають різні схеми, що найбільше відповідають потребам, можливостям країни тощо.
- У середньому витрати на систему неекстреного транспортування складають в районі 0,5% бюджету охорони здоров'я у 2021 році (для Англії - до 0,4-0,5%, для Данії 0,6%, для Словаччини - 0,7%).
- У більшості країн транспортування щодо послуг діалізу, онкології - є провідними деталізованими причинами отримання таких послуг.
- Діаліз переважно займає провідні місця серед усіх деталізованих причин транспортування з часткою у 46% для Словаччини, 37% для Англії, 13% для Данії.
- Онкологія є іншою поширеною причиною отримання послуг транспортування, що однак поступається у частці діалізу - 10% для Словаччини, 2,7% для Англії, 11% для Данії тощо.
- Середні відстані подорожей пацієнтів відрізняються в залежності від країни. Від орієнтовно 20 км в Англії, до 30 км у Словаччині та 35 км у Данії.
- У таких країнах таких як Англія (43%) та Данія (59%) найбільша частка транспортувань пов'язані з амбулаторним лікуванням. Звіт NHS Англії вказує це як проблему і сподіваються вирішити зокрема розвитком телемедицини, інших заходів тощо.
- У стратегії розвитку NHS закладено ціль стати першою вуглецево-нейтральною системою охорони здоров'я до 2040 року. Експертами рекомендується встановлення чітких цілей та строків зниження викидів транспорту неекстреного транспортування, такі як, наприклад, до 2035 року 100% транспортних засобів системи мають стати ZEV (Zero emission vehicles) - транспортом з нульовим рівнем викидів.

- Для системи неекстреного транспортування NHS Англії наявний прорахований вуглецевий слід. Ці дані дають змогу оцінити вплив на економіку та охорону здоров'я. Доцільно провести аналогічні оцінки для України. Це дасть змогу всебічно оцінити доцільність інвестування у ZEV.
- Аналітики передбачають, що до 2030 року, або ж навіть раніше, авто на батареях досягнуть паритету цін з авто з двигуном внутрішнього згоряння. При цьому вартості експлуатації будуть нижчими. Однак важливо оцінити джерела отримання електроенергії, технології утилізації батарей для забезпечення дійсно позитивного ефекту, зниження ролі енергетики на викопному паливі, розширення частки відновлюваної енергетики тощо. Для контексту, в Україні орієнтовно до половини енергії засновано на атомній (яку відносять до низько-вуглецевого джерела, однак у неї наявні певні підводні камені). Також український контекст вимагає враховувати значне руйнування енергетичної інфраструктури пов'язане з повномаштабним вторгненням РФ.
- Експерти вважають доцільним розбудову системи за принципом “розширення”. Тобто початок з кількох покритих послуг і подальше розширення на більшу кількість по мірі розвитку системи та збільшення бюджетування. Таким чином це сприятиме як поступовому нарощуванню експертизи надавача так і позитивному ефекту у суспільстві, коли все ширша аудиторія здатна скористатись послугами. В Україні ефективним прикладом реалізації цього принципу є програма ЄОселя, що поступово розширюється з вузької аудиторії на ширшу.
- Першими для реалізації, на думку експертів, доцільно обрати послуги з діалізу та онкології, адже переважно пацієнти не потребують складного спеціалізованого транспорту, тому запуск системи є простішим, з іншого боку це провідні причини отримання транспортних послуг та принесуть значну користь для суспільства. Наприклад, пацієнти повинні 3 рази на тиждень їздити для отримання послуг гемодіалізу.
- Експерти рекомендують першочергово неекстрене транспортування розвивати як окрему систему (зокрема і від екстреної допомоги) з метою фокусування на найкращому наданні послуг цільовій аудиторії. На стадії усталеної системи можливо розглянути опцію її об'єднання з екстреною допомогою, якщо це буде доцільно або ж лишити і надалі незалежною.
- Принципово система транспортування, складається з 4-х ключових компонентів: контроль (лежить в межах системи охорони здоров'я), сортування, планування та координація, транспортування.
- Обов'язковим є чітке встановлення критеріїв для пацієнтів, які можуть скористатись послугами системи неекстреного транспортування.
- Іншим важливим аспектом є “сортування” пацієнтів на тих, хто потребує: 1) екстреної системи транспортування, 2) міжлікарняного перевезення, 3) неекстреного транспортування, 4) не підпадає під критерії систем транспортування.

- Всередині країн можуть існувати різні підходи до надання послуг транспортування. Наприклад, у Польщі, існує загальний підхід до неекстреного транспортування, однак діаліз є виключенням. Діалізі центри фінансуються NFZ (Національним Фондом Здоров'я Польщі) та самостійно контракують перевізників, при чому немедичних, для перевезень пацієнтів.

ОГЛЯД НАЯВНИХ СХЕМ НЕЕКСТРЕНОГО ТРАНСПОРТУВАННЯ ПАЦІЄНТІВ В УКРАЇНІ НА ПРИКЛАДІ ОБРАНИХ 8 ОБЛАСТЕЙ

Згідно з зазначеним вище у Методології, робота починалась з вивчення Чернігівської області та послуг гемодіалізу, перитонеального діалізу, хіміотерапії а також радіотерапії. На другому етапі дослідження розширилось до 8 областей (Чернігівська, Київська, Дніпропетровська, Харківська, Херсонська, Запорізька, Сумська, Миколаївська) та до дослідження було додано такі медичні послуги як: реабілітації (загалом та після інсульту, інфаркту, травм та поранень) та мамографія.

Дослідження Чернігівської області (1-й етап дослідження)

Для виконання огляду та оцінок наявних та запланованих систем неекстреного транспортування пацієнтів ми, в першу чергу, отримали інформацію про наявні у Чернігівській області заклади, що надають цільові для даного дослідження послуги, а також кількість пацієнтів, що у них обслуговуються. Окрім безпосереднього аналізу даних НСЗУ, нами були направлені запити для отримання інформації у наступні заклади охорони здоров'я Чернігівської області:

- Чернігівська обласна лікарня (та три її філіали)
- Чернігівський медичний центр сучасної онкології Чернігівської обласної ради
- КНП "Чернігівська обласна дитяча лікарня" Чернігівської обласної ради
- Медичний центр ТОВ "Фрезеніус Медикал Кер Україна" у м. Чернігів

Від усіх зазначених ЗОЗ нами було отримано запитувану інформацію щодо таких послуг як гемодіаліз, перитонеальний діаліз, хіміотерапія, радіотерапія.

Нами також були направлені відповідні запити до НСЗУ з метою отримання агрегованих деперсоніфікованих даних з центральної бази даних ЕСОЗ. Ці дані наведені у розділі епідеміологія.

Інформація щодо кількості пацієнтів, які отримали зазначені послуги в кожному ЗОЗ, що були нашими респондентами, згідно інформації самих ЗОЗ, разом із розрахунковою кількістю поїздок наведена у **Таблиці 4**.

У Чернігівській філії Чернігівської обласної лікарні гемодіаліз із показанням хронічна хвороба нирок 5-ї стадії у 2023 році отримували всього 71 пацієнт, а ще двоє отримували гемодіаліз за гострими показаннями. З 71-го хронічного пацієнта 6 потребують крісло колісне для пересування, 19 померло протягом 2023-го року, 7 переведені в інший заклад протягом 2023 року (переведення в інший заклад, як ми з'ясували під час інтерв'ю може бути пов'язане із тим, що людина переїхала на Захід України, з тим, що людина живе у Києві, але часто і довго

перебуває у Чернігові ("гостьовий діаліз"), людина добровільно змінила заклад, бо у іншого закладу краще забезпечення супутньою терапією (пацієнтам на гемодіалізі видаються таблетки для супровідної терапії, які видаються безкоштовно, але можуть бути відсутні у закладі).

Відокремлений структурний підрозділ відділення амбулаторного діалізу м. Корюківка Чернігівської обласної лікарні надавав послугу гемодіалізу 16-м хронічним пацієнтам, з яких 3-є потребують крісло колісне, 1 пацієнт помер протягом 2023 року.

Відокремлений структурний підрозділ відділення амбулаторного діалізу м. Ніжин Чернігівської обласної лікарні надавав послугу гемодіалізу 41-му хронічному пацієнту, з яких 14 потребують крісло колісне, двоє пацієнтів померли протягом 2023 року.

Відокремлений структурний підрозділ відділення амбулаторного діалізу м. Прилуки Чернігівської обласної лікарні надавав послугу гемодіалізу 35 хронічним пацієнтам, з яких жоден не потребує крісло колісне.

Медичний центр ТОВ "Фрезеніус Медикал Кер Україна" у м. Чернігів у період з 01.10.2022 по 30.09.2023 надає перитонеальний діаліз 3-м пацієнтам, з яких 1 потребує крісло колісне, та послугу гемодіалізу 131-у пацієнту, з яких 12 потребують крісло колісне (інформація про померлих відсутня, проте є такі, що отримали лише 2-10 процедур за звітний період).

Чернігівський обласний центр сучасної онкології надавав послугу гемодіалізу 12 пацієнтам із онкологічними захворюваннями, з яких всі 12 потребують крісло колісне.

Кількість інших послуг (хіміо- та радіотерапія) та пацієнтів, що їх отримували, розподілена по окремих ЗОЗ Чернігівської області, разом із розрахунковою кількістю поїздок, наведена у

Таблиці 4.

Заклад	Філія	Послуга	Кількість пацієнтів, 2023	Середня кількість візитів на рік	Кількість поїздок на рік
КНП "ЧЕРНІГІВСЬКА МІСЬКА ЛІКАРНЯ № 2" ЧЕРНІГІВСЬКОЇ МІСЬКОЇ РАДИ	КНП "Чернігівська міська лікарня №2" Чернігівської міської ради	Гемодіаліз	20	156	3 120
Медичний центр ТОВ "Фрезеніус Медикал Кер Україна" у м. Чернігів	Медичний центр ТОВ "Фрезеніус Медикал Кер Україна" у м. Чернігів	Гемодіаліз	131	156	20 436
		Перитонеальний діаліз	3	156	468

КНП "ЧЕРНІГІВСЬКА ОБЛАСНА ЛІКАРНЯ" ЧЕРНІГІВСЬКОЇ ОБЛАСНОЇ РАДИ	1) КНП "Чернігівська обласна лікарня" Чернігівської обласної ради	Гемодіаліз	71	156	11 076
		Перитонеальний діаліз	6	156	936
		Хіміотерапія	52	4	208
КНП "ЧЕРНІГІВСЬКА ОБЛАСНА ЛІКАРНЯ" ЧЕРНІГІВСЬКОЇ ОБЛАСНОЇ РАДИ	2) ВІДОКРЕМЛЕНИЙ СТРУКТУРНИЙ ПІДРОЗДІЛ ВІДДІЛЕННЯ АМБУЛОТОРНОГО ДІАЛІЗУ М.НІЖИН	Гемодіаліз	41	156	6 396
КНП "ЧЕРНІГІВСЬКА ОБЛАСНА ЛІКАРНЯ" ЧЕРНІГІВСЬКОЇ ОБЛАСНОЇ РАДИ	3) ВІДОКРЕМЛЕНИЙ СТРУКТУРНИЙ ПІДРОЗДІЛ ВІДДІЛЕННЯ АМБУЛОТОРНОГО ДІАЛІЗУ М.КОРЮКІВКА	Гемодіаліз	16	156	2 496
КНП "ЧЕРНІГІВСЬКА ОБЛАСНА ЛІКАРНЯ" ЧЕРНІГІВСЬКОЇ ОБЛАСНОЇ РАДИ	4) ВІДОКРЕМЛЕНИЙ СТРУКТУРНИЙ ПІДРОЗДІЛ ВІДДІЛЕННЯ АМБУЛОТОРНОГО ДІАЛІЗУ М.ПРИЛУКИ	Гемодіаліз	35	156	5 460
КНП "ЧЕРНІГІВСЬКИЙ МЕДИЧНИЙ ЦЕНТР СУЧАСНОЇ ОНКОЛОГІЇ" ЧЕРНІГІВСЬКОЇ ОБЛАСНОЇ РАДИ	КНП "Чернігівський медичний центр сучасної онкології" Чернігівської обласної ради	Гемодіаліз	8	156	1 248
		Хіміотерапія	2 912	4	11 648
		Радіотерапія	1 527 (амбулаторно 732, стаціонарно 795)	амбулаторно 7.91, стаціонарно 1.24)	5 790 (амбулаторно) + 986 (стаціонарно) = 6 776
КНП "ЧЕРНІГІВСЬКА ОБЛАСНА ДИТЯЧА ЛІКАРНЯ" ЧЕРНІГІВСЬКОЇ ОБЛАСНОЇ РАДИ	КНП "Чернігівська обласна дитяча лікарня" Чернігівської обласної ради	Хіміотерапія	3	4	12
Всього			4 825		70 284

Таблиця 4. Кількість пацієнтів на рік за різними пакетами медичної допомоги у ЗОЗ Чернігівської області та розрахункова кількість поїздок пацієнтів на рік.

I. Огляд систем транспортування у громадах

На першому етапі, було проведено інтерв'ю з обраними громадами Чернігівської області. Критеріями обрання громад для інтерв'ю було отримання інформації про наявність у громаді функціонуючої системи неекстреного транспортування. Джерелами отримання такої інформації був пошук в інтернеті, оцінки експертів а також дані від представників інших громад, отримані в ході інтерв'ю.

Також було надіслано запити до місцевих органів влади з метою охопити 5 районів та орієнтовно 57 територіальних громад Чернігівської області. У ході аналізу в якості референсу була додана Хмельницька громада, а також приватна компанія таксі/райдшерінгу Uklon.

На основі проведених інтерв'ю а також даних отриманих у відповідь на запит сформовано огляд схем транспортування у громадах наведені у **Додатку Ж**. Підсумовано результати на **Рисунку 10**. Принципово вважаємо доцільним розділити наявні системи на три підгрупи:

- власна система транспортування зі своїм автопарком у громаді,
- компенсація проїзду,
- закупівля послуг у надавачів.

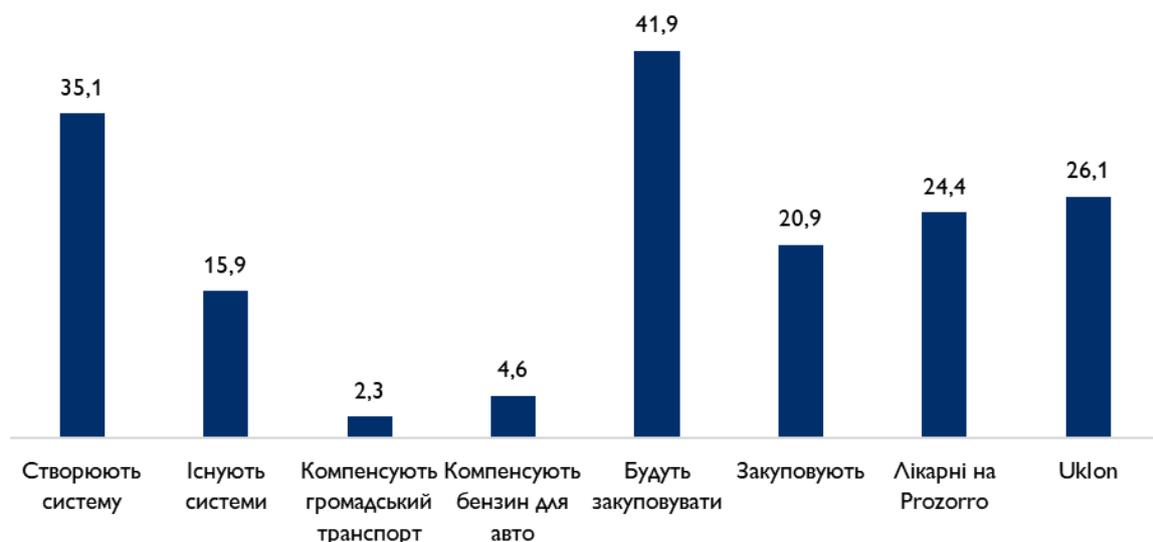


Рисунок 10. Вартість за 1 км НЕ екстреного транспортування пацієнтів при різних системах. Дані переважно від громад Чернігівської області а також для референсу Хмельницької громади(Закуповують) та Uklon, грн. Примітка: “Перший етап”

На другому етапі, стосовно інших областей, нами були направлені запити до об'єднаних територіальних громад (ОТГ), щодо наявних систем транспортування у цих громадах, їх вартості, кілометражу та кількості користувачів послуги транспортування (що може включати не тільки цільових пацієнтів, а взагалі різних маломобільних осіб, які можуть скористатися тією чи іншою наявною у певному ОТГ системою транспортування). У відповідь на наші запити надійшло 55 відповідей від 55 ОТГ відповідно. З них 12 з Дніпропетровської області, 8 з Київської області, 16 з Миколаївської області, 17 з Харківської області, 1 з Херсонської області та 1 з Запорізької області.

Проте лише 26 відповідей (47,3 %) містять певну, хоча б часткову інформацію про послуги транспортування. Решта 29 відповідей (52,7 %) виявилися неінформативними. Причинами відсутності інформації у таких неінформативних відповідях ОТГ зазначали наступне: на території ОТГ ведуться бойові дії (Херсонська область), послуги надає не ОТГ, а ЦПМСД без відшкодування витрат зі сторони ОТГ, відсутня потреба у даних послугах, «послуги не надаються» (причина не вказана), а також відсутність фінансування.

Інформація про наявні системи фінансування та їх вартість надійшла переважно з Харківської області (14 анкет з 26), а також з деяких ОТГ Київської, Дніпропетровської, Миколаївської областей та однієї ОТГ Запорізької області. Названі ОТГ використовують системи грошової компенсації міжміського проїзду певним пільговим категоріям населення за заявою особи, оплату громадського транспорту, відшкодування пального та в деяких випадках інших витрат переважно ЗОЗ-ам, що здійснюють перевезення, а також власну систему транспортування. Одна громада, Тарашанська ОТГ Білоцерківського району Київської області, окрім грошової компенсації проїзду має приватного перевізника, що перевозить 9 осіб до Білої Церкви на гемодіаліз на волонтерських засадах. Узагальнена інформація про наявні системи транспортування в різних ОТГ представлена у **Таблиці 5**, а **рисунок 11** демонструє середню вартість за 1 км кожної з систем.

Тип транспортування	Кількість громад	Відсоток громад	Вартість за км, середня	Середній бюджет, тисяча грн.		Середня кількість користувачів послуги
				2023	2024	
Грошова компенсація міжміського проїзду певним пільговим категоріям населення за заявою особи	3	11,1	0,73	71,0	122,5	958
Приватний перевізник (волонтер)	1	3,7				9

Оплата громадського транспорту	4	14,8	2,27	37,1	120,0	1
Власна система	6	22,2	11,85	356,3	377,4	57
Відшкодування пального (ЗОЗам) та в деяких випадках супутніх витрат	13	48,1	7,21	317,9	322,9	5
Всього	27	100	5,51	195,6	235,7	206

Таблиця 5. Огляд наявних систем транспортування в 26 ОТГ Харківської, Київської, Миколаївської, Дніпропетровської та Запорізької областей. Примітка: “Другий етап”

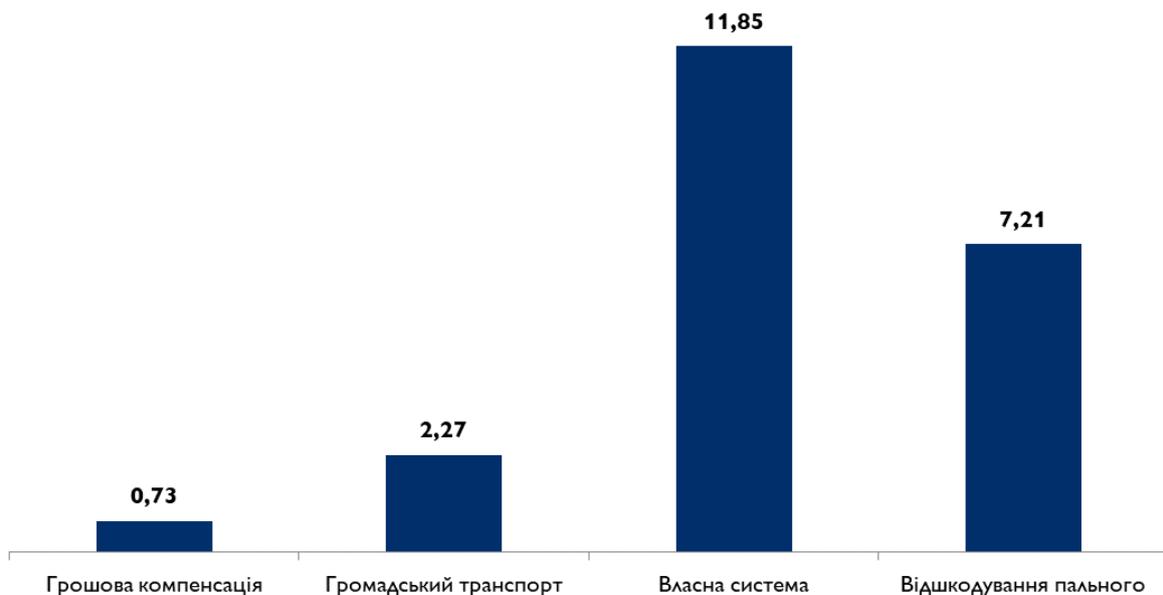


Рисунок 11. Порівняльна вартість різних систем транспортування пацієнтів серед 26 ОТГ Харківської, Київської, Миколаївської, Дніпропетровської та Запорізької областей, Вартість у грн за 1 км. Примітка: “Другий етап”

Як видно з таблиці та рисунку, майже половина ОТГ, в яких існує система транспортування пацієнтів використовує відшкодування пального та в деяких випадках інших витрат переважно ЗОЗ, що здійснюють перевезення. Найдорожчою з цих варіантів є власна система транспортування при ОТГ, а найдешевшою - грошова компенсація міжміського проїзду певним пільговим категоріям населення за заявою особи. Варто повторитися, що у даній вибірці переважно представлена Харківська область (14 анкет з 26). Оскільки найрозповсюдженішою є система відшкодування пального та в деяких випадках інших витрат, можна розглянути її детальніше. Деякі ОТГ надали інформацію про розрахунки всіх витрат на перевезення. Приклад таких розрахунків можна знайти у **Додаток 3**. Тут наведемо узагальнення по статтях витрат та їх вартість на 1 км (**Таблиця 6**).

Детальні розрахунки по статтях витрат нам надали 10 громад, з яких 3 мають власну систему транспортування безпосередньо при ОТГ, а 7 мають систему транспортування при ЗОЗ, а ОТГ тільки відшкодовує закладам охорони здоров'я повну або часткову вартість перевезень. У **таблиці 62** наведений розрахунок середніх вартостей транспортування по статтям витрат у перерахунку на 1 км (відстані та кількість перевезень на рік також надані ОТГ та враховуються ними при формуванні бюджетів).

Статті витрат	Власна система ОТГ		Відшкодування ЗОЗ		Середня вартість	
	Вартість за км, ГРН		Вартість за км, ГРН		Вартість за км, ГРН	
	2023	2024	2023	2024	2023	2024
Паливо	8,3	8,4	5,7	5,0	7,0	6,7
ЗП і медогляд водія	7,2	9,9	2,9	2,8	5,0	6,4
Автотранспортні витрати (всього), в т.ч.:	2,2	2,3	4,7	4,9	3,4	3,6
ТО	0,8	0,3	0,4	0,5	0,6	0,4
Амортизація			3,1	3,1	3,1	3,1
Ремонт	1,4	1,6	0,6	0,5	1,0	1,1
Запчастини та шини		0,4	0,6	0,9	0,6	0,6
Страхування	0,03	0,03	0,03	0,02	0,03	0,03
Всього	17,7	20,7	13,3	12,7	15,5	16,7
Всього(за розрахунками з громад)	18,8	23,7	8,6	7,7	13,7	15,7

Таблиця 6. Вартості на 1 км за статтями витрат в громадах, які мають власну систему транспортування пацієнтів, при якій транспортний засіб належить безпосередньо ОТГ та ЗОЗ.

Як видно з наведеної таблиці вартість палива та заробітна плата водія є дорожчими у системі, коли автотранспорт знаходиться безпосередньо при ОТГ, порівняно із системою, коли транспорт належить ЗОЗ, а інші автотранспортні витрати майже не відрізняються у цих двох системах. Загальний бюджет у системі, коли транспортний засіб належить ОТГ, є трохи вищим, ніж розрахунковий, але для пояснення цього варто зазначити, що не всі громади вказували всі статті витрат. Так, наприклад, заміну шин вказала лише одна громада. Медичний огляд водія та амортизація не зазначені у статтях витрат серед відповідей громад, які мають власну систему транспортування при ОТГ тощо. В той самий час бюджет громад, які відшкодовують транспортні витрати ЗОЗ є трохи нижчим, ніж розрахунковий, що, вірогідно, пов'язано з тим, що ОТГ відшкодовує не всі витрати, або деякі відшкодовує частково. В цілому, якому б закладу не належав транспорт, дані статті витрат враховують систему, коли транспорт є у

громаді, тобто власну систему транспортування. Середні між цими двома різновидами власної системи транспортування пацієнтів значення вартостей за кілометр, наведені у двох останніх колонках **Таблиці 6**.

Насамкінець, якщо говорити про бар'єри, які стримують розвиток послуг транспортування, то найчастіше називався брак кадрів і найгостріше - водіїв.

1.1. Система компенсації

Наведені на рисунку дані вказують, що *найвигіднішою* є система **компенсації** пацієнтам проїзду на громадському транспорті чи палива для власного транспорту. Громад, що використовували таку систему виявилось найбільше у вищеописаній вибірці Чернігівської області. Типовими представниками таких громад є Мринська, Носівська, Новгород-Сіверська, Седнівська, Семенівська, Талалаївська тощо. У середньому вартість за квитки на громадський транспорт у перерахунку на 1 км виявилась 2,3 грн. Деякі громади також компенсували вартість палива для пацієнтів. Прикладом громади, де наявні обидві схеми є Новгород-Сіверськ **Кейс 1**.

Кейс 1. Досвід компенсації палива та квитків на громадський транспорт Новгород-Сіверської громади

(Підсумок з інтерв'ю сформовано дослідниками)

У Новгород-Сіверській громаді вдалось об'єднати 2-х пацієнтів, що разом їздили на авто одного з них у найближчий центр гемодіалізу у місті Шостка (Сумська область), орієнтовно 70 км у дві сторони на 1 поїзду. Таким чином вартість компенсації палива складала 4 200 грн на місяць за 2 особи. Іншим 5-ом пацієнтам не підійшов найближчий центр і вони віддали перевагу їздити на громадському транспорті на гемодіаліз (3 рази на тиждень) у Чернігів, орієнтовно 350 км у дві сторони. За такої схеми, вартість квитків для кожного пацієнта окремо складала 6 500 грн за місяць. Загалом бюджет цієї програми на 2023 рік склав 440 400 грн.

Кейс ілюструє як пацієнти та громада шукають можливість транспортування на життєво необхідний гемодіаліз. Також демонструє, що деяким пацієнтам зручніше їздити на своєму авто чи авто іншого пацієнта до найближчого гемодіалізу у іншу область. У той час як інші пацієнти навпаки готові їздити по 350+ км (громада знаходиться на краю області) на день тричі на тиждень з метою отримання послуги у адміністративному центрі області. У описаному випадку вартість компенсації палива виявилась вигіднішою, тому що покриває потребу 2-х пацієнтів одночасно. Питання вибору центру (найближчий чи у віддаленому адміністративному центрі) пацієнтами викликає зацікавлення.

1.2. Власна система транспортування з автопарком у громаді

Бурхливий розвиток цієї системи зафіксовано з 2018 року, що пов'язано з набуттям чинності Постанови КМУ № 189 від 14 березня 2018 р.²⁴. Даний акт регламентує закупівлю спеціалізованого транспорту для громад за кошти державного бюджету. Частина громад Чернігівської області, як і по Україні загалом, в результаті отримали авто у власність. Однак їх кількість є обмеженою та у інтерв'ю представники громад вказували, що, на жаль, цією можливістю змогло скористатись дуже небагато громад. Детально розрахунки вартості послуг соціального таксі регламентовані у Методичних рекомендаціях Міністерства соціальної політики України²⁵.

Вартість одного кілометра за умов цієї системи у Чернігівській області оцінимо у 15,9 гривні за км. Беззаперечно, система видається зручнішою для пацієнтів та адаптованою під різні потреби, однак є закономірно дорожчою у порівнянні з системою "компенсації". Серед мінусів - потреба достатнього автопарку та відповідних значних інвестицій для покриття потреб.

У якості прикладу цієї системи поглянемо:

а) Чернігівський міський територіальний центр соціального обслуговування, Кейс 2.

Кейс 2. Досвід власної системи транспортування Чернігівського міського територіального центру соціального обслуговування

(Підсумок з інтерв'ю та аналізу документів сформовано дослідниками)

*Територіальний центр соціального обслуговування має 2 легкові авто 2018 року випуску типу компактвени/мінівени, адаптовані для перевезення осіб на кріслах колісних. У Чернігові два райони і відповідно кожне авто обслуговує свій. Послуги надаються за 3-ма тарифними сітками в залежності від категорії отримувача - повністю безоплатно а також на платній основі з 75% та 100% оплатою тарифу. Фінальна вартість розраховується на основі суми тарифу за км та за год. Детально тарифна сітка наведена у **Додатку К**. Серед викликів відзначається неможливість покрити 2-ма авто усієї потреби міста Чернігів, а відповідно*

²⁴ [ПОСТАНОВА № 189 Деякі питання використання коштів, передбачених у державному бюджеті для придбання транспортних засобів спеціалізованого призначення для перевезення осіб з інвалідністю та дітей з інвалідністю, які мають порушення опорно-рухового апарату, та інших маломобільних груп населення від 14 березня 2018 р.](#)

²⁵ [НАКАЗ № 1186 Про затвердження Методичних рекомендацій розрахунку вартості соціальних послуг від 07 грудня 2015 р.](#)

неможливість надавати необхідні, наприклад, пацієнтам на гемодіалізі 3 поїздки на тиждень. Однак у межах Чернігова наявна розвинена система громадського транспорту. Значно критичнішою є проблема транспортування у сільській місцевості.

Кейс ілюструє, приклад громади, яка змогла скористатись набуттям чинності Постанови КМУ № 189 у 2018 році та отримати авто для транспортування населення. Також наводить приклад розрахунків вартості перевезення та ілюструє, що наявного автопарку з 2 авто недостатньо для покриття потреб усього міста Чернігів.

У цій підкатегорії також наведено приклад громад, які планують створення своєї системи. У Чернігівській області такими є, наприклад, Прилуки. Запуск системи планується на кінець 2023 - початок 2024 року, адаптований компактвен/мінівен, водій тощо - наявні. Поки громада має попереднє розуміння вартостей, яке буде уточнене у процесі експлуатації. Розрахунково можна оцінити вартість близько 35,1 грн за км. Як бачимо ця вартість майже у 2 рази вища, за розрахунки уже функціонуючої системи, однак наголосимо, що цифри є розрахунковою величиною дослідників на основі передбачень громади та за умов збільшення об'єму перевезень, закономірно і вартість одного км буде знижуватись. Попри це виділяється цікаве спостереження, яке ми побачимо і в третій системі "Закупівля послуг" уже на цифрах від самих громад. А саме, на стадії створення закладається орієнтовна вартість за км у 2 рази вища, ніж уже функціонуючої системи. Причиною цього може бути нерозуміння потреби та необхідність закласти додаткову вартість на непередбачені витрати/потребу тощо.

б) Київський міський територіальний центр соціального обслуговування

Серед референсів цієї системи можна розглянути організацію транспортування людей з інвалідністю у Київському міському територіальному центрі соціального обслуговування, при якому діє єдине в Києві транспортне відділення. Відділення надає послуги з перевезення людей з інвалідністю на регулярній основі. Воно функціонує з 1999 року і за рік виконує близько 27 тисяч перевезень.

У звіті про свою діяльність²⁶ за I-ше півріччя 2023 року відмічено, що послуги надаються особам не здатним до самообслуговування у зв'язку з захворюванням опорно-рухового апарату, пересуваються на кріслах колісних або милицях і, згідно з медичним висновком, мають III, IV або V групу рухової активності.

Послуги надаються 26 автомобілями, обладнаними підйомниками та пандусами. Орієнтовно це 1 автомобіль на більше ніж 100 тис.+ населення міста Києва.

²⁶ https://media-stg.kyivcity.gov.ua/kyivcity/sites/26/2024/07/23/zvit_tercentr_1pivr.pdf У публічному доступі на даний момент наявний цей звіт, що в цілому відповідає описаному у цьому підрозділі.

Протягом I-го півріччя 2023 року здійснено 15 368 перевезень 727 осіб з інвалідністю.

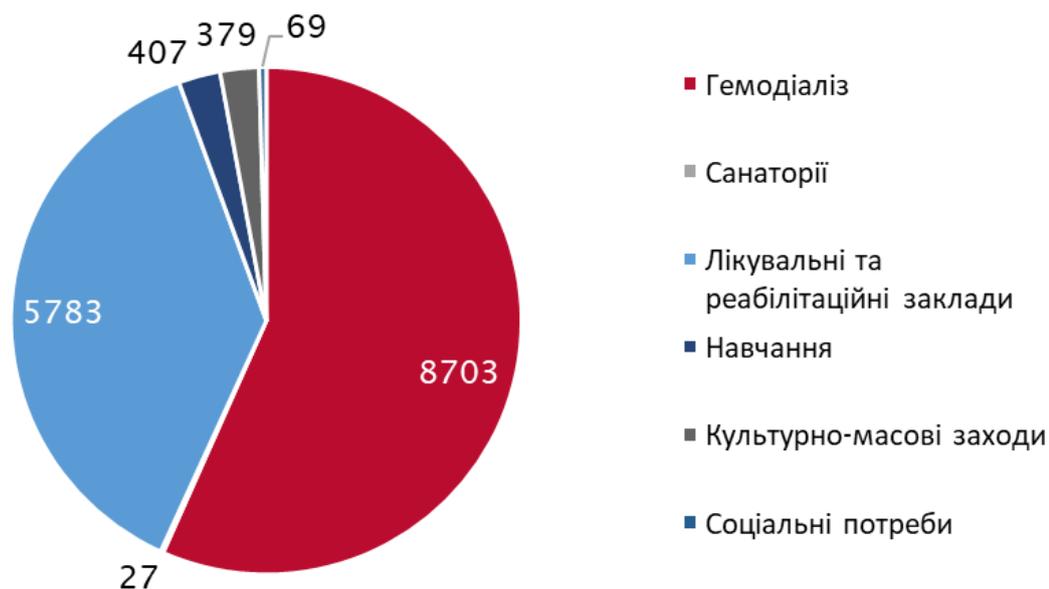


Рисунок 12. Структура перевезень осіб з інвалідністю з порушенням опорно-рухового апарату за I-ше півріччя 2023 року Київського міського територіального центру соціального обслуговування.

Структура перевезень наведено на **рисунок 12**. Більше половини усіх перевезень (57%) були пов'язані з “процедурами гемодіалізу”, другим за поширеністю були “лікувальні та реабілітаційні заклади” 38%.

Таким чином власне неекстрене транспортування пацієнтів охоплює більше 94% усіх транспортних послуг. Це ще раз підтверджує актуальність та нагальну потребу вирішення цієї проблеми.

1.3. Закупівля транспортних послуг громадами

У цій категорії розглянемо три підгрупи, а саме:

- у Чернігівській області - приклад Ніжина, які планують створення такої системи,
- функціонуюча система буде розглянута на прикладі Хмельницька, адже саме досвід цієї громади зокрема вивчали у Ніжині.
- приватна компанія таксі/райдшерінгу Uklon, як надавач послуг класу “Inclusive” для осіб, що пересуваються на кріслах колісних

Ніжин планує створення системи закупівлі послуг транспортування. У інтерв'ю з представниками громади було зазначено, що у 2023 році проведено кілька конкурсів з граничною вартістю 250

грн за поїздки, однак вони не мали успіху через відсутність учасників. Як пояснювали респонденти від громади - серед проблем відзначалась складність отримання ліцензій від Укртрансбезпеки, без яких неможливо було подати заявку, потреба бути у "Реєстрі надавачів та отримувачів соціальних послуг", питання власне тарифів тощо. Наприкінці 2023 року було отримано ліцензію одним з учасників і конкурс відбувся, переможцем стала місцева організація Благодійний Фонд "Карітас Чернігів" з центральним офісом у місті Ніжин. Фонд має адаптований мікроавтобус і готовий надавати послуги з транспортування для населення. Вартість за 1 км встановлено у розмірі 41,9 грн. Як уже було сказано вище, цікаво порівняти цю прогнозовану вартість з вартістю для уже функціонуючої системи.

У якості такого референсу наведемо Хмельницьку громаду, **Кейс 3**. У цій громаді тариф за км включає дві підкатегорії - перевезення осіб на візках - 21,7 грн/км та перевезення осіб, які не пересуваються на кріслах колісних - 20,0 грн/км.

Кейс 3. Досвід закупівлі послуг транспортування Хмельницької громади

(Підсумок з інтерв'ю та аналізу документів сформовано дослідниками)

Чинна система закупівлі послуг існує уже кілька років, а загалом напрям транспортування створено ще з 2016 року. Цікавим є факт, що надавачем, у якого закуповують послуги є Благодійний фонд «Карітас - Хмельницький УГКЦ» (це юридично незалежна організація з БФ "Карітас Чернігів") однак передбачаємо, що між ними є зв'язки та обмін досвідом про найкращі практики транспортування як представниками парасолькової благодійної організації Карітас України.

Процедура - конкурс шляхом соціального замовлення.

Бюджет громади на послуги транспортування на 2023 рік складав 800 тисяч грн. для перевезення осіб на кріслах колісних та 1 млн грн. для перевезення осіб, які не пересуваються на кріслах колісних. Планом було закладено перевозити 35 осіб на кріслах колісних та 30 осіб без крісел колісних на місяць.

За 11 місяців 2023 року було надано 7 790 послуг 94 особам, у середньому 7,5 послуг на місяць на особу. Для довідки - у 2021 році надано 7 012 послуг 98 особам, у 2022 році - 7 326 послуг 113 особам.

Також прописано обмеження у 16 поїздок на місяць на особу (два рази - одна поїздка), однак для деяких категорій цей ліміт є більшим, наприклад, для пацієнтів з ХНН, що потребують діалізу - 24 поїздки, для дітей з інвалідністю - не більше 40 виключно для відвідування навчальних закладів.

Послугами транспортування у 2023 році скористалися 27 жителів Хмельницької громади, що потребують діалізу 3 рази на тиждень. У середньому 26 осіб проїжджали 20 км та одна особа - 60 км.

Кейс ілюструє, приклад громади, яка має успішний кількарічний досвід закупівлі послуг у надавача, показує вартості за км в залежності від потреб отримувача послуг а також розкриває деталі про кількості поїздок та осіб, які скористались ними, середні відстані поїздок тощо. Також описуються ліміти поїздок на пацієнта на місяць. Приклади громад, де використовуються ті чи інші системи доцільно вивчити детальніше на етапі остаточно вибору системи.

Як було відмічено на прикладі “власної системи”, громади на етапі створення системи схильні закладати вартості у 2 рази вищі, за уже існуючі аналогічні системи у інших громадах. Однак ми поки отримали по одному такому прикладу у 2-х різних системах, тому не можемо стверджувати це як факт.

Заключним у цьому розділі буде приклад приватної компанії таксі Uklon, **Кейс 4**. Розрахункова вартість 1 км склала - 26,1 грн.

Кейс 4. Досвід компанії таксі Uklon

(Підсумок з інтерв'ю та статті сформовано дослідниками)

В рамках корпоративної соціальної відповідальності бізнесу, було створено у їх додатку новий клас “Inclusive”. Концепція полягає у тому, що за ціною звичайного таксі до особи з інвалідністю приїздить адаптоване авто під крісло колісне з навченим водієм. Оплату здійснює сам отримувач за свої кошти, обмежень щодо кількості поїздок відсутні. Як зазначили у ході інтерв'ю представники Uklon решта вартості послуги покривається за благодійні кошти. У Києві працює 6 авто цього класу (4 мікроавтобуси та 2 мінівени), час роботи з 6 до 22, водії працюють у 2 зміни, отримують ринкові ЗП.

Орієнтовно з 9 квітня по 13 грудня 2023 року було надано 6 470 поїздок. Зона обслуговування - Київ та недалеке передмістя, у середньому відстань поїздки з подачею до 10 км.

У січні 2024 року подібну послугу запустили у Львові, а в червні прозвітували про 159 пасажирів та 800 поїздок, проїхали загалом більше 8 500 км²⁷. Ініціатива була підтримана міською радою, сума компенсації – 800 гривень на місяць для однієї людини. Найдовша поїздка була 54,5 км, а найкоротша – 0,147 м. Радіус дії - це Львів та його передмісті в радіусі 20 км. 26 хвилин - це час середньої поїздки. Найпопулярнішими є поїздки до лікарень, ТРЦ, різних культурних закладів та залізничного вокзалу.

²⁷ <https://city-adm.lviv.ua/news/society/social-sphere/302329-160-pasazhyriv-ta-800-poizdok-ia-k-pratsiuie-u-lvovi-avto-inkliuzyvnoho-klasu-dlia-liudei-na-krislakh-kolisnykh>

Розглядається подальша можливість масштабування.

Кейс ілюструє, приклад приватної компанії таксі Uklon, яка створила спеціальний клас "Inclusive" з авто адаптованими для осіб з інвалідністю. Наводяться орієнтовні розрахунки вартості км, описується схема фінансування а також перспективи розвитку послуги у інших містах, показаний приклад співпраці з міською радою, що компенсує витрати.

2. Огляд закупівель закладів охорони здоров'я

У рамках цього компоненту дослідження було опрацьовано закупівлі закладів охорони здоров'я у 2022-2023 роках у системі Prozorro. Короткі підсумки наведено у **Додатку Л**. Аналіз виявив, що ЗОЗ проводять закупівлі транспортних послуг для нерегулярних перевезень. Однак найчастіше такі послуги з перевезення стосуються не пацієнтів, а медичного персоналу (консультації спеціалістів, перевезення персоналу лікарні з/до місця проживання, у зв'язку з відсутністю громадського транспорту внаслідок бойових дій, обстрілів, тощо), а також не уточнені "нерегулярні пасажирські перевезення" і перевезення клінічних матеріалів до лабораторій, інші господарські перевезення. Закупівлі транспортних послуг, що проводяться ЗОЗ використовують різні джерела фінансування, якими є кошти НСЗУ, місцевий бюджет, власний бюджет (кошти від господарської діяльності підприємства) тощо.

Розрахунок вартості транспортних послуг, якщо він наведений у додатку до договору на сайті Prozorro, включає різні типи обрахунків: погодинна оплата роботи водія (власне поїздка та простій) та машино-години, розрахунок по вартості на км, де вказується кілометраж чи маршрут. Є також розрахунки на основі тривалості та частоти надання стандартної послуги на рік, де вказується кількість поїздок за маршрутом на рік, сумарний кілометраж та загальна кількість годин.

У **Додатку Л. Частині 1** представили два приклади закупівель щодо перевезення пацієнтів нефрологічного профілю на гемодіаліз. Уніфікована вартість за 1 км становили 15,0 та 22,2 грн. Надання послуг включали перевезення групи пацієнтів за встановленими маршрутами для підвищення ефективності використання ресурсів.

У **Додатку Л. Частині 2** наведено закупівлі закладів охорони здоров'я щодо нерегулярних пасажирських перевезень загалом (без обмеження по нозології, персоналу чи пацієнтів тощо), з договорів яких можливо було вирахувати уніфіковану вартість кілометра; також, за наявності, вказано прописані у договорах вартості кілометра та години роботи. По даній вибірці уніфіковані вартості одного кілометра складали від 9,7 до 36,4 грн за км. Середнім значенням було **24,9 грн**

за км, яка до речі співмірна з вартостями отриманими від громад для системи закупівель. Методика розрахунку середнього: кожна окрема закупівля була рівнозначною, коефіцієнтів в залежності від суми контракту інших чинників НЕ використовувалось. Детальніше, щодо вартостей, які були компонентами розрахунку сумарного бюджету у цій вибірці наступні: для кілометру - від 5,1 до 27,0 грн (середнє 13,7 грн), для години - від 69,6 до 291,9 грн (середнє 156,7 грн).

У **Додатку Л. Частина 3.1** представили закупівлі двох ЗОЗ м. Слов'янська Донецької області, які для своїх співробітників організували автобусні транспортування. Уніфіковані вартості за 1 км варіюються від 41,5 до 96,0 грн/км. Також у ході аналізу зустрічались заклади, які вказували вартість закупівлі послуги транспортування без вказання будь яких деталей таких як вартість за км тощо. Такі заклади наведено у **Додатку Л. Частина 3.2**.

Заключною схемою транспортування, яку закуповують ЗОЗ через систему Prozorro є оплата за схемою "таксомату" **Додаткок Л. Частина 4**. Наведено приклади 4-х лікарень, що використовували цю систему оплат. Вартості поїздок прораховувались на основі врахування ціни за км, вартості простою і базової ставки виклику. Також часто в умовах прописувались різні значення вартостей за км в залежності від того чи в місті, чи поза містом здійснюється перевезення, за перевезення в обидва кінці вартість була меншою, за пасажирів понад певний ліміт навпаки включали фіксовану доплату за особу тощо.

ВИВЧЕННЯ ДОСВІДУ ПАЦІЄНТІВ ТА ЛІКАРІВ

ХАРАКТЕРИСТИКА ДОСЛІДЖЕННЯ

РЕСПОНДЕНТІВ

У межах дослідження досвіду пацієнтів та лікарів щодо транспортування, було проведено два етапи опитування, а також інтерв'ю з лікарями.

Вибірка для інтерв'ю в межах першого етапу включає трьох завідувачів відділень гемодіалізу, які підпорядковуються Чернігівській обласній лікарні та знаходяться у Ніжині при Ніжинській міській лікарні імені Галицького, у Прилуках та безпосередньо в Чернігові. Також було проведене інтерв'ю з одним хіміотерапевтом із Чернігівського медичного центру сучасної онкології та з одним радіотерапевтом.

Під час другого етапу було опитано 111 лікарів із семи регіонів, що постраждали від бойових дій: Дніпропетровської, Запорізької, Київської, Миколаївської, Сумської, Харківської та Чернігівської областей. У кожній області було опитано 15-17 лікарів. Детальна структура респондентів за областями наведена в **Таблиці 7** нижче.

Близько 40% опитаних лікарів залучені до послуги маммографії, ще 40% — до послуги реабілітації, а решта — до гемодіалізу/перитонеального діалізу. Серед тих лікарів, що пов'язані з послугами реабілітації та маммографії, були в рівних пропорціях опитані як ті, що безпосередньо надають послуги, так і ті, які направляють на отримання.

Область	Кількість респондентів	% респондентів
Дніпропетровська	16	14%
Запорізька	17	15%
Київська	16	14%
Миколаївська	15	14%
Сумська	16	14%
Харківська	16	14%
Чернігівська	15	14%

Таблиця 7. Розподіл респондентів-лікарів за областями. Примітка: “Другий етап”

До якої послуги залучені	Кількість респондентів	% респондентів
--------------------------	------------------------	----------------

Гемодіаліз/перитонеальний діаліз	26	23%
Безпосереднє надання	26	23%
Реабілітація	42	38%
Безпосереднє надання	21	19%
Опосередковане, направлення на отримання	21	19%
Мамографія	43	39%
Безпосереднє надання	22	20%
Опосередковане, направлення на отримання	21	19%

Таблиця 8. Розподіл респондентів-лікарів за видами послуг. Примітка: “Другий етап”

В процесі виконання роботи над першим етапом дослідження були проведені опитування 309-и пацієнтів, серед них 169 жінок та 140 чоловіків, детальніша гендерна структура за послугами представлена на **Рисунку 13**. Дещо більше чоловіків було опитано щодо гемодіалізу та радіотерапії, жінок - щодо хіміотерапії та перитонеального діалізу.

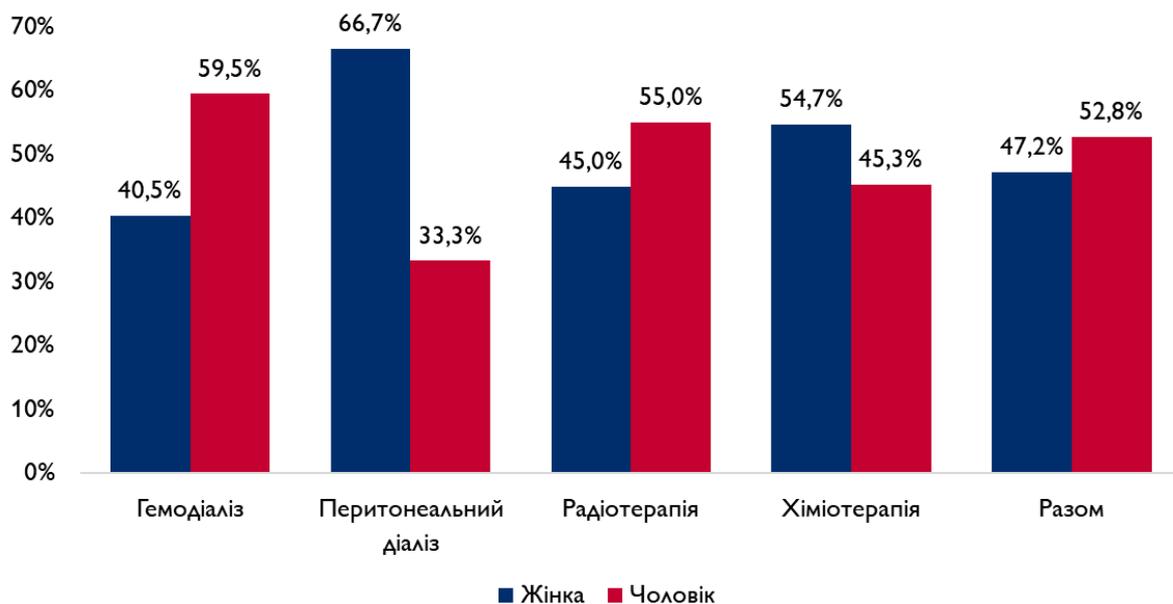
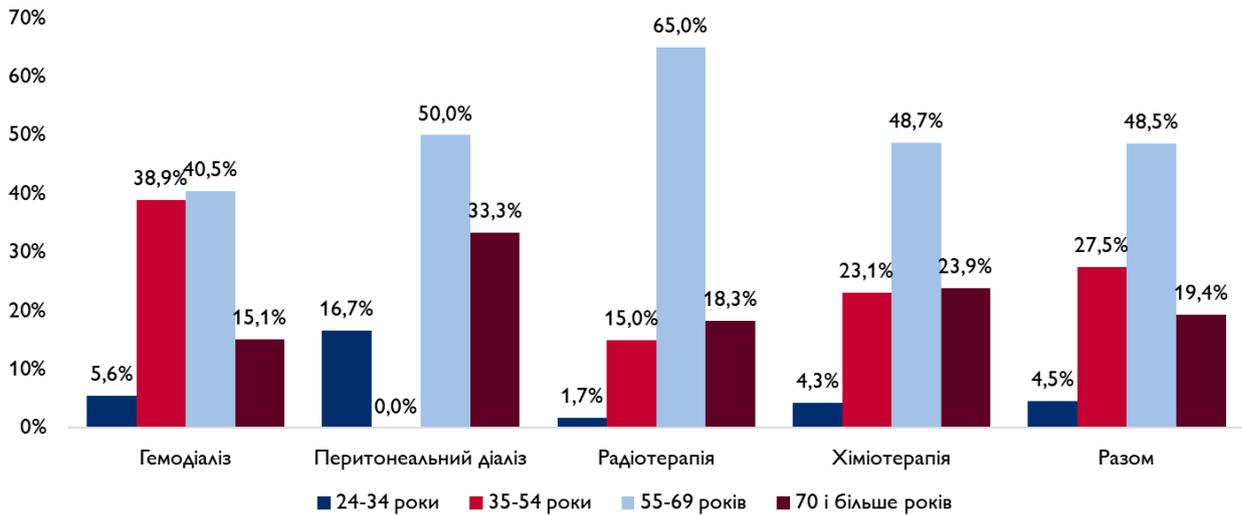


Рисунок 13. Розподіл опитаних респондентів-пацієнтів по статі та медичним послугам інтересу, %. Примітка: “Перший етап”

Вікова структура респондентів-пацієнтів представлена на **Рисунку 14**. Загалом найчисельнішою була група 55-69 років. Найбільше молодші вікові групи були представлені щодо послуг гемодіалізу.



Рисунк 14. Віковий розподіл опитаних респондентів-пацієнтів, які отримували медичні послуги інтересу, %. Примітка: “Перший етап”

На другому етапі дослідження було опитано 768 пацієнтів, яким необхідні послуги реабілітації або мамографії. Опитували як тих, хто вже отримав послуги, так і тих, хто потребував отримання. Кількість респондентів рівномірна в розрізі цих послуг. Розподіл за видами послуг та типом реабілітації наведений в **таблиці 9**.

Послуги інтересу	Кількість респондентів	% респондентів
Мамографія	384	50%
Реабілітація	384	50%
інсульт	115	15%
травми та поранення	114	15%
інфаркти	100	13%
інші	55	7%

Таблиця 9. Розподіл респондентів-пацієнтів за послугою інтересу. Примітка: “Другий етап”

Серед усіх респондентів, які підпадають під отримання мамографії або реабілітації, 49% (381) отримували послугу, 45% (343) НЕ отримали послугу з різних причин (Див. розділ “Досвід респондентів щодо транспортування”), і 6% (44) не знали про можливість отримання послуги.

У другому етапі географія опитаних респондентів-пацієнтів співпадає з географією опитаних лікарів: були опитані люди з прифронтових регіонів та тих, що постраждали від бойових дій. Відповідно до фактичного населення найбільше респондентів було з Дніпропетровської області: 220 (29%), найменше — з Херсонської: 21 (3%). Детальну структуру респондентів за регіонами та громадами наведено в **Додатку М**.

Розподіл респондентів за розміром ОТГ та відстанню до лікарні наведено в таблиці нижче. Найчисельнішою групою серед опитаних є пацієнти, що проживають у великих ОТГ blisko до

лікарні — 16%, та у великих ОТГ на відстані 21-50 км до ЗОЗ. Загалом 43% респондентів проживають у великих ОТГ, 33% — у середніх, і решта — в малих.

Розмір ОТГ	до 20	21-50	51-80	81 і більше	Не знаю	Загалом
Велика ОТГ	16%	13%	1%	1%	11%	43%
Середня ОТГ	8%	11%	8%	1%	6%	33%
Мала ОТГ	7%	8%	1%	2%	5%	24%
Загалом	30%	33%	10%	5%	22%	100%

Таблиця 10. Розподіл респондентів-пацієнтів за розміром ОТГ та відстанню до лікарні (км), %.

Примітка: “Другий етап”

Пацієнти, що потребують мамографії, переважно проживають недалеко від ЗОЗ (до 20 км) — таких 36%. У Чернігівській, Київській, Миколаївській та Запорізькій областях близько половини респондентів проживають близько до лікарні. У Дніпропетровській, Сумській та Харківській областях, навпаки, більшість респондентів проживають віддалено.

Серед тих, що потребують реабілітації, найбільша частка (40%) проживає на відстані 21-50 км від лікарні. В Київській області 71% респондентів проживають недалеко від ЗОЗ. На противагу, в Чернігівській таких лише 5%, а 37% респондентів з Чернігівської області, що потребують реабілітації, мусять долати 80 і більше кілометрів до найближчої лікарні. Детальна структура респондентів за послугами, областями та відстанню до ЗОЗ наведена в **Додатку Н**.

Найбільше опитаних на другому етапі респондентів належать до вікової групи 35-54 роки — загалом 53%. Було опитано всього 29 пацієнтів віком до 35 років, майже всі вони потребують послуги реабілітації. Це пояснюється тим, що мамографія зазвичай призначається жінкам після 40 років.

13% (96) опитаних мають інвалідність І-3 групи. Структура респондентів за віком та наявністю інвалідності наведена в **Таблиці 12** нижче.

	Мамографія		Реабілітація	
Вікова група	Кількість респондентів	% респондентів	Кількість респондентів	% респондентів
до 35	2	0%	27	4%
35-54	246	32%	165	21%
55-69	119	15%	138	18%
70+	17	2%	54	7%

Таблиця 11. Розподіл респондентів-пацієнтів за віковими групами та послугою інтересу.

Примітка: “Другий етап”

	І-3 група інвалідності		Без інвалідності	
Вікова група	Кількість респондентів	% респондентів	Кількість респондентів	% респондентів
до 35	3	0%	26	3%

35-54	31	4%	380	49%
55-69	41	5%	216	28%
70+	21	3%	50	7%

Таблиця 12. Розподіл респондентів-пацієнтів за віковими групами та за наявністю інвалідності.

Примітка: “Другий етап”

Середній зарібок домогосподарства та розподіл респондентів в залежності від місця роботи для обох етапів дослідження наведено в додатках (**Додаток О, Додаток П, Додаток Р, Додаток С**).

Кількість опитаних в межах першого етапу дослідження в закладах/відділеннях отримання медичної послуги представлено у **Таблиці 13**. Загалом кількість опитаних була співставною з загальною кількістю наданих послуг відповідним закладом/відділенням за період дослідження. Середню тривалість лікування на момент проходження опитування наведено на **Рисунку 15**.

Заклад надання медичної послуги	Гемодіалі з	Перитонеальний діаліз	Радіотерапія	Хіміотерапія
Відокремлений структурний підрозділ ЧОЛ відділення амбулаторного діалізу м.Ніжин	18			
Відокремлений структурний підрозділ ЧОЛ відділення амбулаторного діалізу м.Прилуки	18			
КНП "Чернігівський медичний центр сучасної онкології" Чернігівської обласної ради	1		60	104
КНП "Чернігівська обласна дитяча лікарня" Чернігівської обласної ради				8
КНП "Чернігівська обласна лікарня" Чернігівської обласної ради	37	2		5
Медичний центр ТОВ "Фрезеніус Медикал Кер Україна" у м. Чернігів	52	4		

Таблиця 13. Кількість опитаних респондентів-пацієнтів по закладах/відділеннях отримання медичної послуги. Примітка: “Перший етап”

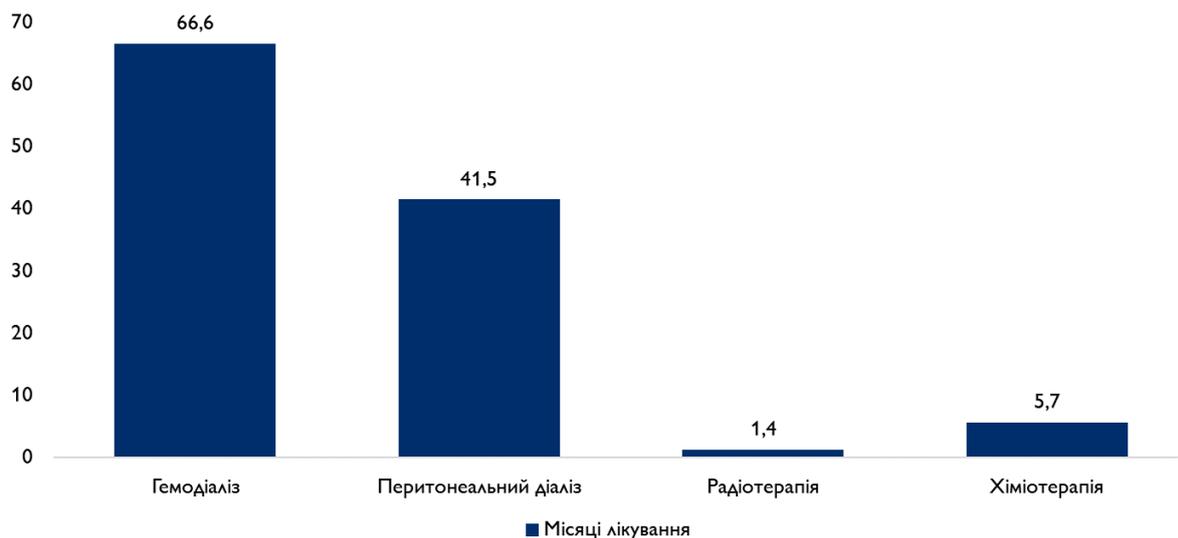


Рисунок 15. Середня кількість місяців лікування опитаних респондентів-пацієнтів в розрізі медичних послуг інтересу, місяці. Примітка: “Перший етап”

78,6% пацієнтів починають гемодіаліз протягом 10 днів після діагностики, однак 17,5% це роблять більше ніж через 3 місяці. **Таблиця 14.** Початок лікування частіше затримується щодо радіотерапії в порівнянні з хіміотерапією.

Переважною більшістю причини пізнього початку лікування не пов’язані безпосередньо з транспортуванням. Тільки 1 респондент вказав причиною відсутність “послуги інтересу” поблизу місця проживання, а також 2-є респондентів зазначили проблеми з транспортуванням до лікарні задля отримання послуги інтересу.

74% пацієнтів, яким необхідна реабілітація, починають лікування в межах одного місяця після направлення лікарем, 20% — після 1-2 місяців, і лише у 6% випадків лікування почалося після 3 місяців від дати направлення.

Хоча у другому етапі опитування пацієнтам не ставили питання безпосередньо про причини відкладення початку лікування, можна скласти загальну картину, виходячи з причин недоотримання чи неотримання послуги. Вагома частка пацієнтів, яким необхідна мамографія чи реабілітація, зазначили проблеми з транспортуванням та відсутність “послуги інтересу” поблизу місця проживання як значні бар’єри до отримання послуги.

Можливо, така різниця з першим етапом опитування пов’язана з тим, що стани, які потребують гемодіалізу, хіміотерапії чи радіотерапії є життєзагрожуючими, і тому пацієнти так чи інакше знаходять способи дістатися лікарні. В той час як пацієнти, яким необхідна мамографія чи реабілітація, можуть вважати дискомфорт від незручного транспортування достатньою причиною відкласти чи пропустити лікування. Див. розділ “Досвід респондентів щодо транспортування”.

Термін до початку лікування	Гемодіаліз	Перитонеальний діаліз	Радіотерапія	Хіміотерапія	Разом
Всього (кількість)	126	6	60	117	309
1-10 днів	78,6%	66,7%	58,3%	65,0%	69,3%
11-31 дні	1,6%	0,0%	1,7%	6,0%	3,2%
1-2 місяці	2,4%	16,7%	35,0%	21,4%	16,2%
3-6 місяці	4,8%	0,0%	5,0%	6,8%	5,5%
7-12 місяців	3,2%	0,0%	0,0%	0,0%	1,3%
більше року	9,5%	16,7%	0,0%	0,9%	4,5%

Таблиця 14. Розподіл опитаних респондентів-пацієнтів в залежності від затримки з моменту діагностики до початку лікування, %. Примітка: “Перший етап”

Серед лікарів, що надають послуги реабілітації, 38% вважають, що кількість місць надання послуги є незадовільною. Серед тих, хто залучений до послуги гемодіалізу, лише 12% вважають, що місць недостатньо.

Причому майже всі лікарі, які вважають, що місць для надання “послуги інтересу” недостатньо, не бачать можливості для розвитку цих послуг.

Лише декілька лікарень серед тих, де працюють опитані лікарі, мають плани модернізації та розвитку. У Миколаївській обласній клінічній лікарні планується “покращення матеріально-технічної бази, придбання сучасної апаратури для надання допомоги”. У Миронівці відкривають центр гемодіалізу. Також у Білоцерківській міській лікарні №2 планують “збільшити кількість реабілітаційних ліжок”.

Майже всі пацієнти, які отримували послугу гемодіалізу (116 зі 126), вказали час отримання медичної послуги від 4 до 6 годин, окрім 8-ми опитаних, які вказали час від 1 до 3-х годин. Проте пацієнти на радіо-/хіміотерапії вказували час, який витрачається для отримання медичної послуги, зовсім неоднорідно (**Рисунок 16**). Найчастіше радіотерапія отримувалась за 1 добу (у 46,7%) або за 4-6 діб (45,0%). Група хіміотерапії мала ще більший розкид значень. Сумарно 65% пацієнтів зазначили, що отримали послугу до 9 годин включно.

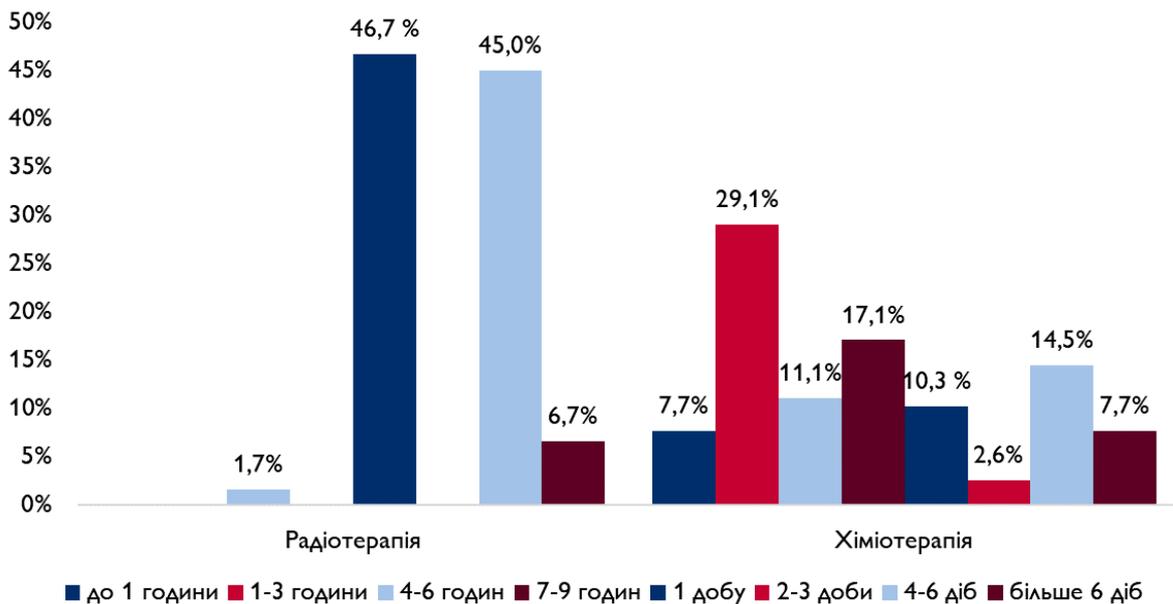
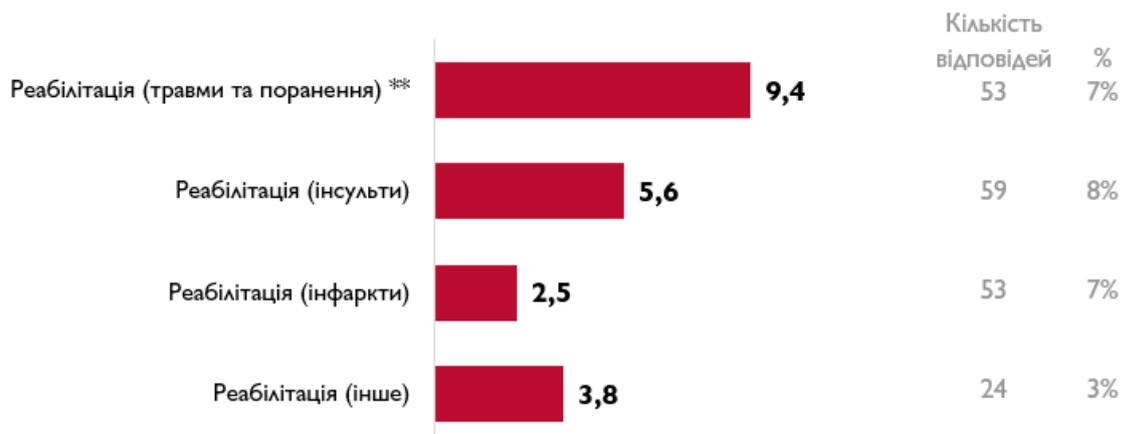


Рисунок 16. Розподіл опитаних респондентів-пацієнтів в залежності від часу процедури для радіо-/хіміотерапії, % респондентів в групі послуги інтересу. Примітка: “Перший етап”

Серед тих пацієнтів, які отримували послугу реабілітації, найбільшу кількість послуги отримували пацієнти після травм та поранень – в середньому 9,4 рази за останні 12 місяців (з 1 липня 2023 р. по 30 червня 2024 р.). Пацієнти після інфаркту, навпаки, отримували послугу відносно нечасто – близько 2,5 разів на рік в середньому. Можливо, це пов’язане з тим, що послуга реабілітації після інфаркту не надто відома та поширена в Україні.



* Без одного аутистера, який отримав послугу 100 разів

Рисунок 17. Середня кількість отримання послуги реабілітації з 1 липня 2023 р. по 30 червня 2024 р., за видом послуги. Примітка: “Другий етап”

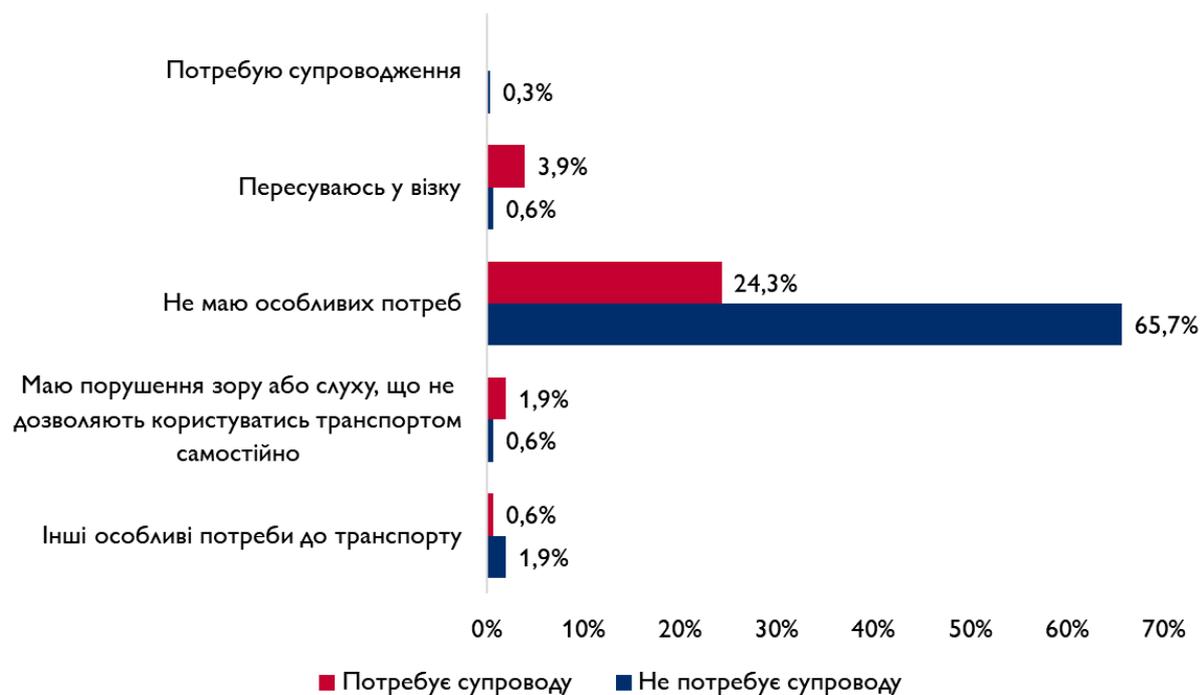
Пацієнти без інвалідності або з інвалідністю 3 групи в середньому отримували послугу реабілітації трохи менше 5 разів на рік. У той час як пацієнти, що мають 1-2 групу інвалідності, в середньому приїздили на реабілітацію близько 11 разів на рік.

Респонденти отримувачі послуг радіо- та хіміотерапії переважно не мають групу інвалідності (68,3% та 65,0% відповідно), **Таблиця 14**. Це є закономірним, адже як правило такі пацієнти отримують групу інвалідності пізніше, після лікування. Відповідно під час лікування такі пацієнти не можуть претендувати на соціальне транспортування, якщо таке передбачене лише для осіб з інвалідністю.

Група інвалідності	Гемодіаліз	Перитонеальний діаліз	Радіотерапія	Хіміотерапія	Разом
Всього (кількість)	126	6	60	117	309
1-ї групи	90,5%	100,0%	0,0%	6,8%	41,4%
2-ї групи	1,6%	0,0%	25,0%	20,5%	13,3%
3-ї групи	0,0%	0,0%	6,7%	7,7%	4,2%
Не має групи інвалідності	7,9%	0,0%	68,3%	65,0%	41,1%

Таблиця 14. Розподіл опитаних респондентів-пацієнтів в залежності від групи інвалідності, %. Примітка: “Перший етап”

Серед опитаних в першому етапі дослідження, потребу у супроводі зазначили 95 респондентів, проте 75 (24,3%) з них не мають особливих вимог до транспорту. Детально розподіл представлено на **Рисунку 18**.



Рисunek 18. Розподіл опитаних респондентів-пацієнтів в залежності від потреби в особливому транспортуванні та в розрізі потреби супроводу інших осіб, %. Примітка: “Перший етап”

Більшість (57%) пацієнтів, що проходять реабілітацію після інсульту, потребують супроводу в дорозі. Серед тих, хто відновлюється після інфаркту, частка таких пацієнтів дещо менша – 31%.

Пацієнти, яким необхідна мамографія, майже не потребують супроводжуючої особи по дорозі до ЗОЗ. Лише 3% пацієнтів, що підпадають під онкоскринінг, вказали, що потребують супроводу.

"Послуга інтересу"	Потреба в супроводжуючій особі	
	Так	Ні
Реабілітація (інсульт)	57%	43%
Реабілітація (інфаркти)	31%	69%
Реабілітація (інше)	24%	76%
Реабілітація (травми та поранення)	17%	83%
Онкоскринінг (мамографія)	3%	97%

Таблиця 15. Розподіл респондентів за потребою в супроводі, за послугою інтересу. Примітка: "Другий етап"

Більшість із тих, кому необхідна мамографія чи реабілітація, не потребують спецтранспорту. Порушення зору або слуху, що не дозволяють керувати власним транспортом, мають 4% таких респондентів. Ще 4% пересуваються на візку, і 3% пересуваються лежачи. 87% не мають особливих вимог до транспорту.

ДОСВІД РЕСПОНДЕНТІВ ЩОДО ТРАНСПОРТУВАННЯ

Аналіз інтерв'ю (Досвід лікарів Чернігівської області)

За послугою гемодіалізу та перитонеальний діаліз нами були проведені 3 співбесіди із лікарями. Ніжинський центр гемодіалізу філії Чернігівської обласної лікарні виконує приблизно 5000 процедур на рік та має 9 апаратів гемодіалізу. Він обслуговує 38 пацієнтів з Чернігівської області, які регулярно проходять гемодіаліз. З них лише 5 пацієнтів мають з'являтися на процедуру 2 рази на тиждень (9 разів на місяць) за медичними показаннями, а решта пацієнтів має проходити процедуру тричі на тиждень (13-14 разів на місяць). З цих пацієнтів 8 осіб пересуваються на кріслі колісному і ще троє мають проблеми із зором і потребують супроводу при пересуванні. Більше 50 % пацієнтів є старшими за 50 років. Найбільша відстань від місця проживання пацієнта до лікарні - село Ядути за смт. Борзна (приблизно 60 км від Ніжина). Як правило, пацієнтів привозять особистим транспортом родичі, але періодично трапляються випадки, коли пацієнти мають проблеми з транспортуванням, через що відкладають або пропускають процедури. Близько трьох пацієнтів замість необхідних їм за медичними показаннями трьох процедур на тиждень отримують лише дві через неможливість дістатися лікарні. Наведений приклад Носівської громади села Носівка, де громада виділила пацієнтам мікроавтобус для перевезення осіб на кріслах колісних. У селі проживає 6 пацієнтів, двоє з яких 1986-го та 1989-го років народження і добираються електричкою, а двоє такі, що не можуть пересуватися без сторонньої допомоги. Бувають випадки (наприклад, водій на лікарняному), коли громада не може надати автомобіль у зазначений день, через що пацієнти змушені добиратися самостійно.

В Прилуцькій філії Чернігівської обласної лікарні на базі Прилуцької міської лікарні Відділення гемодіалізу оснащене 8-ма апаратами та обслуговує на даний момент 32 пацієнти. Всі вони за медичними показаннями мають проходити діаліз 3 рази на тиждень. Одна пацієнтка через перелом ноги не може регулярно діставатися лікарні і виконує тільки дві процедури на тиждень. Наведений приклад смт. Варва, де міська лікарня виділяє для транспортування 5-ти пацієнтів власний автомобіль швидкої допомоги, а якщо цей автомобіль зайнятий, то пацієнтів транспортують машиною головного лікаря. Решта пацієнтів добирається самостійно або громадським транспортом, або особистим (родичі). Загалом, пацієнтів, які потребують супроводу при пересуванні, завідувачка відділенням оцінює у "не більше 30 відсотків". У Прилуцькому центрі проходять терапію один пацієнт з Полтавської області, а також два пацієнти з Талалаївського району, для яких найближчим центром гемодіалізу є лікарня у м. Ромни, але там бракує місць, через що пацієнти їздять приблизно 70 км особистим транспортом.

Чернігівська філія Чернігівської обласної лікарні має в своєму розпорядженні 20 апаратів гемодіалізу та ще резерв не підключених апаратів, отриманих з гуманітарної допомоги. У лікарні на постійній основі отримують процедури 40 пацієнтів (до війни було близько 80), а також дане відділення надає невідкладну медичну допомогу пацієнтам із гострою нирковою недостатністю, яких привозить “швидка” або військовим, що доставляються евакуаційним транспортом. Як невідкладна медична допомога відділення працює і в неділю, на відміну від двох попередніх центрів, які мають тільки хронічних пацієнтів, що розділені на дві групи: одні отримують гемодіаліз у понеділок, середу та п'ятницю, а інші у вівторок, четвер та суботу. З цих 40-ка пацієнтів, що мають відвідувати центр гемодіалізу регулярно, дві людини пропускають одну процедуру на тиждень через проблеми із транспортуванням і ще близько 10% скорочують час перебування на діалізі з необхідних 4-х годин до 3-3.5 годин через необхідність встигнути на громадський транспорт. Найвіддаленіше від лікарні місце проживання пацієнта - Новгород-Сіверський (близько 140 км), де пацієнтці ближче Центр гемодіалізу у Шостці Сумської області. З 40 пацієнтів близько 10-ти користуються тростинкою, двоє пересуваються на кріслах колісних, пацієнтів із зниженням зору на даний момент немає. Обох пацієнтів, що не можуть добиратися самостійно привозять особистим транспортом родичі (або таксі). Більшість пацієнтів дістається лікарні громадським транспортом. У лікарні є своя машина та водій, але немає фінансової можливості забезпечити транспортування гемодіалізних пацієнтів, “до того ж, одного транспортного засобу все одно не вистачить на всіх 40 пацієнтів”.

“Немає різниці, всі намагаються відстрочити. Знають, що у них є проблема, але вони намагаються відстрочити. Через дорогу, через добирання, то мабуть, більша половина. Вони питають, як я буду добиратись? Це більш характерно для сільського населення, де транспортна розв'язка дуже погана. Де пацієнти вимушені до найближчої дороги їти якийсь проміжок часу. Це три або чотири кілометри.”

Таким чином пацієнти змушені відстрочувати час початку гемодіалізу.

Скажемо так, якщо пацієнт приїжджає і категорично каже, що у мене буде в 12 маршрутка, ви мене повинні відключити, бо я сьогодні нічим не доберусь. То ви ж розумієте, ми не в'язниця. Ми пацієнтів не будемо прив'язувати. Ми пояснюємо, що це не добре, але такі пацієнти також є, які скорочують тривалість процедури. Вони приїжджають три рази на тиждень, але можуть не лежати чотири години. Можуть лежати три з половиною години.

(інтерв'юер) А який відсоток таких пацієнтів?

Такий відсоток більше, ніж ті, що пропускають гемодіаліз. Якщо брати у цифрах, то десять відсотків, які скорочують діалізний час, які вимушені скорочувати діалізний час. Якщо пацієнт мешкає в Чернігові, то йому легше добратись. Він не скорочує. А якщо десь там з району якогось, то звичайно. А транспорт знаєте як зараз ходить?

Отже, пацієнти змушені скорочувати час перебування в лікарні через транспортування.

Хіміотерапія за оцінками лікаря Чернігівського медичного центру сучасної онкології не так критично залежить від транспортування, як гемодіаліз. Хіміотерапія не призначається ослабленим пацієнтам або пацієнтам із тяжкими супутніми захворюваннями через те, що це “дуже важкий” для пацієнта метод лікування. Відтак більшість пацієнтів, яким призначається хіміотерапія, є достатньо активними аби пересуватися самостійно та діставатися лікарні для отримання курсів хіміотерапії амбулаторно. Ослабленим пацієнтам, а також, що важливо пацієнтам, які далеко живуть, послуга надається стаціонарно. Пряма мова: “Якщо хворий отримує хіміотерапію, то його відправляють до хіміотерапевта. Потім хіміотерапевт назначає чи денний стаціонар чи такий стаціонар. В залежності, звідки пацієнт, які там види хіміотерапії і так далі”. І ще: “Наприклад, людина приїхала, йому виїхати назад додому вже нічим, то він лягає в стаціонарне відділення. Є такий ще соціальний фактор”. Кількість наданих у центрі послуг за рік лікар оцінює у приблизно 6000. Таблетовані препарати для певних розповсюджених типів хіміотерапії пацієнти можуть приймати вдома, і лікар називає такі препарати “побутовими”. В таких випадках, якщо немає ускладнень, то пацієнт лишається вдома, якщо ускладнення виникають, то він або викликає “швидку”, або телефонує своєму хіміотерапевту. Максимальна кількість циклів, що проводиться у даному Центрі на одного пацієнта становить 6 циклів, а середня - 4. Інтервал між курсами приблизно 3-4 тижні. У стаціонарних умовах пацієнт отримує цикл і при цьому перебуває у Відділенні 2-3 дні (наприклад, в понеділок лягає у стаціонар, отримує інфузію препарату, у вівторок спостерігається, лікуються побічні явища, у середу за умов нормального самопочуття пацієнт може бути виписаний додому. Пацієнти з інших міст та селищ області бронюють собі квитки у громадському транспорті на ранок чи обід середи. Важкі пацієнти залишаються у відділенні довше, але, як правило, не більше 5-7 днів. Питанням транспортування пацієнтів лікар не цікавився, і пацієнти його про таке ніколи не запитували, вони користуються або громадським або особистим транспортом.

Аналіз опитування (Досвід лікарів та пацієнтів)

На першому етапі дослідження було опитано 309 пацієнтів, що перебували на амбулаторному гемодіалізі, отримували перитонеальний діаліз, радіотерапію або хіміотерапію у закладах охорони здоров'я Чернігівської області.

У межах другого етапу дослідження було опитано 768 пацієнтів, що потребують реабілітації чи мамографії. Географія опитування розширилася на більшу кількість регіонів, що постраждали від війни: Дніпропетровську, Запорізьку, Київську, Миколаївську, Сумську, Харківську, Херсонську та Чернігівську області.

Також було опитано 111 лікарів, що залучені до послуг гемодіалізу, реабілітації та маммографії в названих регіонах.

Почати пропонуємо з 1-го етапу дослідження та послуги гемодіалізу. Середня кількість отримання медичної послуги залежить від відстані до лікарні. Середня кількість візитів для гемодіалізу спадає зі 145 процедур/рік для респондентів, що живуть поряд з лікарнею, до 105/рік для тих, хто має долати 150 км і більше. Міжнародні рекомендації встановлюють потреби у гемодіалізі у 156 разів на рік (3 рази на тиждень).²⁸

Схожа ситуація спостерігається серед пацієнтів, що потребують реабілітації. Якщо ті, що проживають на відстані до 50 км до лікарні, в середньому отримують послугу реабілітації близько 6 разів на рік, то ті, що проживають за 80 км і більше, в середньому приїжджають за реабілітацією менше 4 разів на рік.

Варто відзначити, що для тих пацієнтів, які підпадають під отримання маммографії, схожий аналіз не буде актуальним, тому що таку процедуру зазвичай проходять 1 раз на 2 роки.

Хоча така динаміка є очікуваною, вона явно демонструє проблему транспортування, з якою стикаються пацієнти. Адаже зручний та доступний транспорт міг би значною мірою нівелювати різницю у відстані до лікарні.

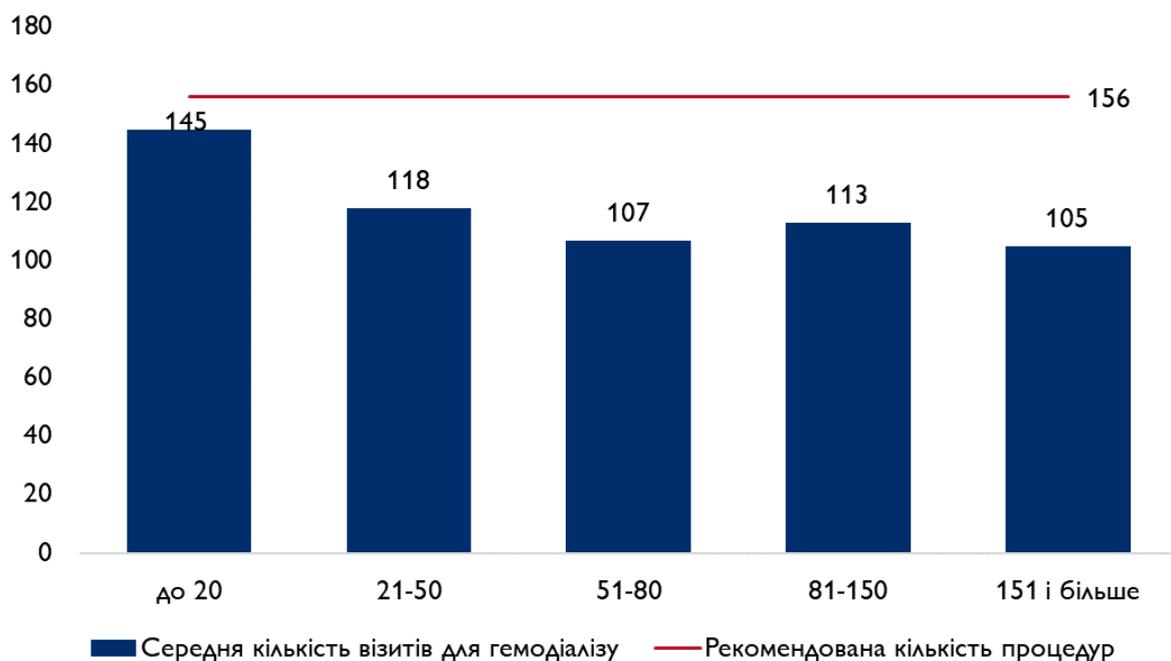
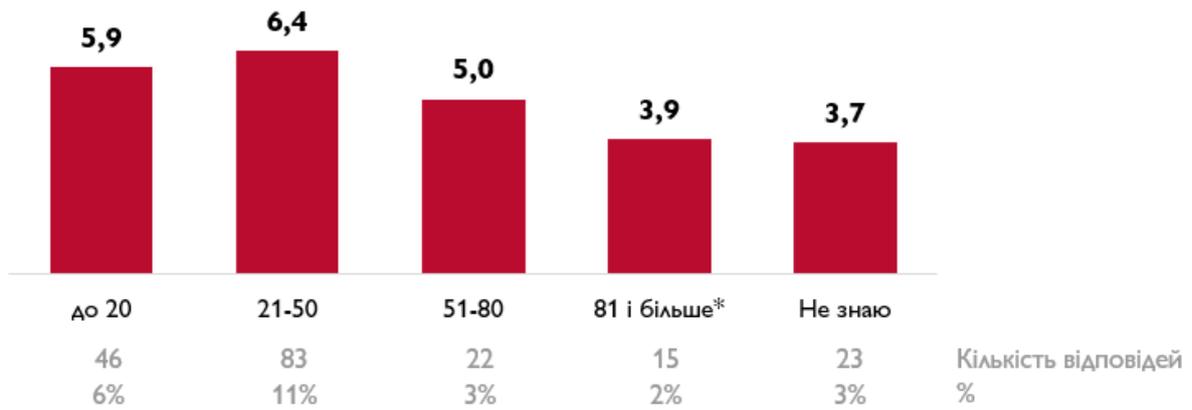


Рисунок 19. Середня кількість візитів на рік для пацієнтів на гемодіалізі в залежності від відстані до лікувального закладу(в км), кількість візитів на рік. Примітка: “Перший етап”

²⁸ <https://guidelines.moz.gov.ua/documents/3727>



* Без одного аутлаера, який отримав послугу 100 разів

Рисунок 20. Середня кількість отримання послуги реабілітації з 1 липня 2023 р. – 30 червня 2024 р, за відстанню до лікарні, км. Примітка: “Другий етап”

Пацієнти, яким необхідна послуга реабілітації, частіше користуються власним транспортом (або транспортом наближених осіб) – таких 46%. Лише близько половини таких пацієнтів користуються громадським транспортом.

У той час як три чверті пацієнок, яким необхідна мамографія, добираються до ЗОЗ громадським транспортом, і лише близько чверті – власним авто.

Така різниця у виборі транспорту може пояснюватися тим, що пацієнти на реабілітації мають більше особливих потреб, почуваються гірше і важче витримують поїздки громадським транспортом. Також такі пацієнти частіше користуються іншими видами транспорту: таксі, швидкою допомогою, транспортом від місцевого ЗОЗ чи соціальним транспортом – тоді як ті, яким необхідна мамографія, майже не користуються ними.



Кількість відповідей: реабілітація – 384 (50%), мамографія – 384 (50%). Питання множинного вибору.

Рисунок 21. Транспорт, яким пацієнти користуються по дорозі до ЗОЗ, %. Примітка: “Другий етап”

Найчастіше користуються власним транспортом пацієнти, що отримують послугу в Сумській області – таких 62%. Також 55% респондентів з Сумської області використовують громадський транспорт, що означає, що певна частина пацієнтів може рівною мірою користуватися і власним, і громадським транспортом по дорозі до ЗОЗ.

Найбільше користуються громадським транспортом в Дніпропетровській, Чернігівській Миколаївській та Херсонській областях.

Хоча різниця між областями є значною і може вказувати на важливі регіональні відмінності, дійсна причина такого розподілу не є очевидною та може потребувати глибшого дослідження.



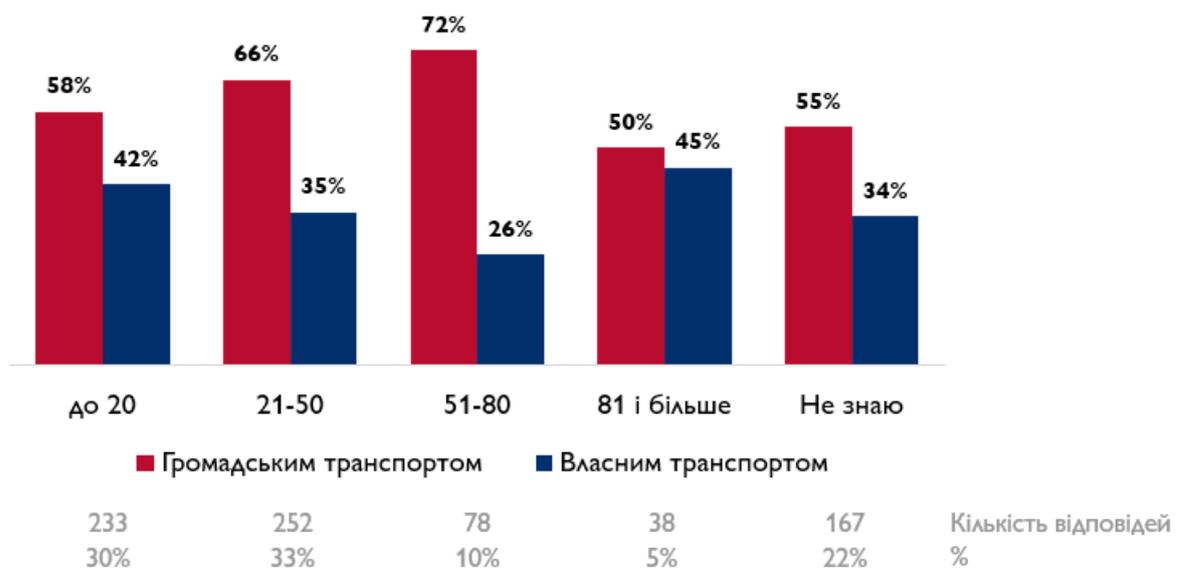
Розподіл респондентів за областями наведений в Додатку DXI. Питання множинного вибору.

Рисунок 22. Транспорт, яким пацієнти користуються по дорозі до ЗОЗ, за областю, %. Примітка: “Другий етап”

Частота використання громадського транспорту корелює з віддаленістю від лікарні: чим довша дорога, тим ймовірніше пацієнти оберуть громадський транспорт замість власного. Це може пояснюватися тим, що громадський транспорт є відносно дешевшим, ніж власний, особливо при поїздках на великі відстані.

Також, схоже, люди у більш віддалених від центрів громадах мають гірше фінансове забезпечення і тому мають більше покладатися на громадський транспорт. **Рисунок 23.2** демонструє рівень доходу на одного члена родини в залежності від відстанні до ЗОЗ. Наочним є факт, що рівень доходу має зв'язок з обраним типом транспорту - люди з вищим доходом з більшою імовірністю скористаються власним транспортом. Це також пояснює “аномалію” в групі пацієнтів, що проживають у 80 км і більше від ЗОЗ.

Можливо, саме рівень доходу, а не відстань до лікарні, є вирішальним чинником у виборі типу транспорту. Загалом, серед тих респондентів, які мають найкраще матеріальне становище, 67% користуються власним транспортом, і лише 33% – громадським. Серед тих, кому не вистачає коштів навіть на продукти харчування, 77% користуються громадським транспортом, і лише 17% – власним.



Питання множинного вибору.

Рисунок 23. Транспорт, яким пацієнти користуються по дорозі до ЗОЗ, за відстанню до ЗОЗ (км), %. Примітка: “Другий етап”

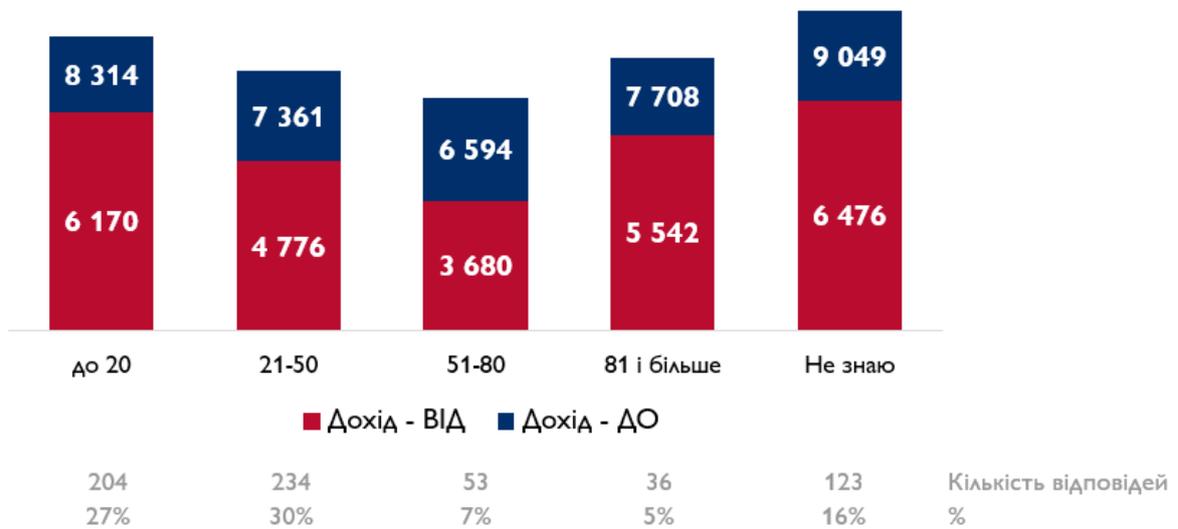


Рисунок 23.2. Середній рівень доходу на одного члена родини пацієнта, за відстанню до ЗОЗ (км), грн. Примітка: “Другий етап”

Дещо більше пацієнтів, які проживають в тому ж місті, де знаходиться лікарня, користуються власним транспортом, порівнюючи з тими, хто мусить добиратися з іншого населеного пункту: 38% проти 32% респондентів відповідно. Також ті, хто проживає в місті ЗОЗ, майже вдвічі частіше користуються таксі. Респонденти, які проживають в інших населених пунктах, частіше обирають громадський транспорт - таких 57%, в той час як лише 42% тих, хто проживає в тому ж місті, де знаходиться лікарня, користуються цим видом транспорту.

Хоча в цьому випадку поясненням такого розподілу також може бути різниця в матеріальному становищі.



Рисунок 24. Порівняння по типу транспорту, яким користуються пацієнти в залежності від населеного пункту проживання, % . Примітка: “Перший етап”.

Розглядаючи тільки групу пацієнтів, які живуть не в місті отримання медичної послуги, важливо враховувати потребу супроводу та її залежність від типу транспорту. 40,5% респондентів, які добираються на власному авто, вказували потребу супроводу під час поїздки, проти 19,6% пацієнтів, які добираються громадським транспортом.

Також варто зазначити, що для тих пацієнтів, які користуються громадським транспортом, не виявлено залежності потреби супроводу від відстані до населеного пункту. Проте вказують потребу в супроводі 56,6 % пацієнтів, які користуються власним авто та живуть на відстані 80 км і далі від лікувального закладу. Ці показники суттєво перевищують показник для тих пацієнтів, хто живе ближче 80 км і також добирається на авто в лікувальний заклад - таких 29,4%.

На **рисунок 25** нижче наведено порівняння двох вибірок: пацієнтів з інвалідністю І-3 групи та без інвалідності у розрізі потреби в супроводі та наявності авто (власного або в домогосподарстві).

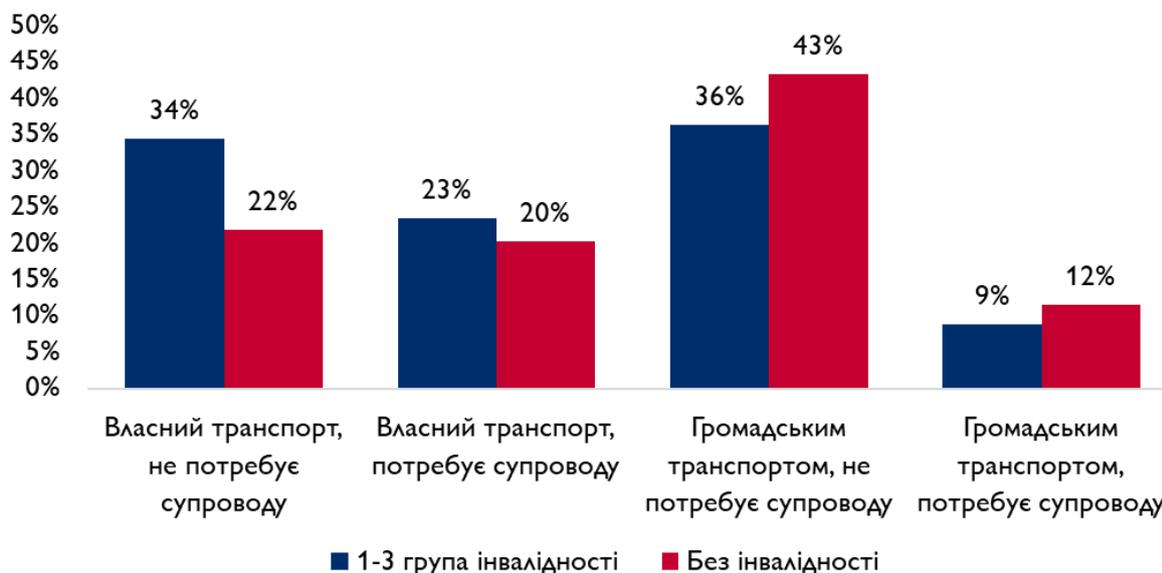


Рисунок 25. Транспорт, яким користуються пацієнти по дорозі до ЗОЗ, за наявності інвалідності та потребою в супроводі. Примітка: “Перший етап”

У другому етапі опитування була отримана схожа картина. Ті пацієнти, які потребують супроводу, частіше добираються до ЗОЗ власним транспортом. Серед тих, хто має інвалідність та потребує супроводу, таких 50%. Серед тих, хто не має інвалідності, але має потребу в супроводі – 67%. Громадським транспортом в основному користуються люди без потреби в супроводі.

Більше 65% пацієнтів віком від 35 до 69 років користуються громадським транспортом. Тоді як респонденти віком більше 70 років надають перевагу власному транспорту: 47% з них користуються власним транспортом і лише 36% – громадським.

За оцінкою опитаних лікарів, більшість пацієнтів, яким необхідна мамографія, потребують лише звичайного (неадаптованого) транспорту. Хоча відсоток таких пацієнтів, що потребують спеціального транспорту, тут вищий, ніж за оцінкою опитаних пацієнтів: 7,2% можуть потребувати транспорту для крісел колісних, і 8,4% – лежачого транспортування.

Найбільша потреба в спецтранспорті за думкою лікарів є у групи пацієнтів, що проходять реабілітацію. Дещо більше на звичайний транспорт можуть покладатися пацієнти, що потребують гемодіалізу.

Загалом оцінка лікарів може давати більш актуальну картину щодо потреби в транспорті, тому що один лікар одночасно працює з багатьма пацієнтами, а більш “важкі” пацієнти, що пересуваються на кріслах колісних або лежачи, могли просто не потрапити до вибірки пацієнтів через свій стан.

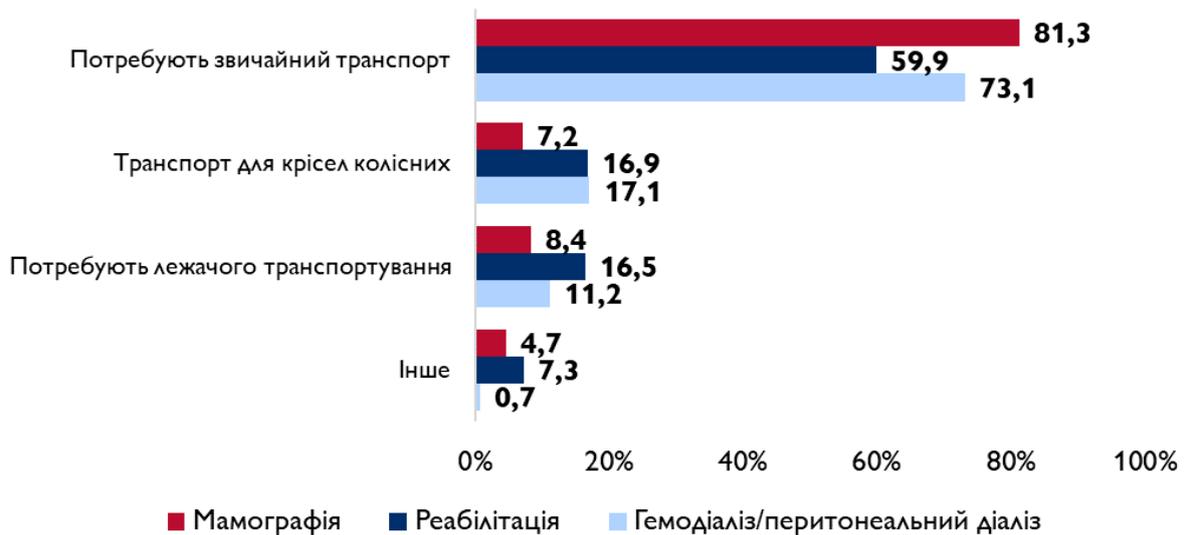


Рисунок 26. Транспорт, якого потребують пацієнти за оцінкою лікарів, % пацієнтів. Примітка: “Другий етап”

Також варто зазначити, що є певна частка пацієнтів (33 з 198 хто живе в іншому населеному пункті), які мають власне авто, але не користуються ним. Цей фактор не залежить від потреби в супроводі, тобто частка осіб з авто, які користуються іншим транспортом та яким не потрібен супровід, приблизно дорівнює частці осіб, яким цей супровід потрібний. Можна також припустити, що при збільшенні відстані до лікарні, пацієнти змушені користуватись громадським транспортом замість власного авто (**Рисунок 27** нижче). Це може бути пояснено як загальною вартістю поїздки, так і вищезгаданої підвищеної потреби супроводу в дорозі. Загалом це співпадає з даними залежності виду транспорту від відстані до ЗОЗ, отриманими на другому етапі дослідження (**Рисунок 23**)

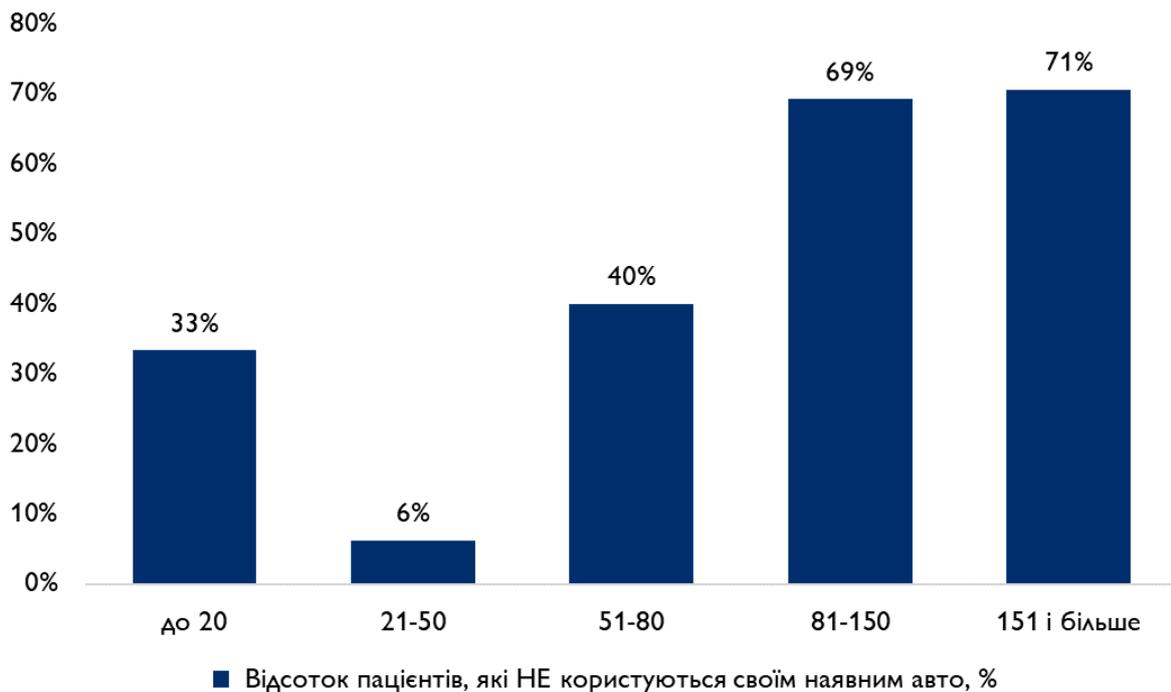
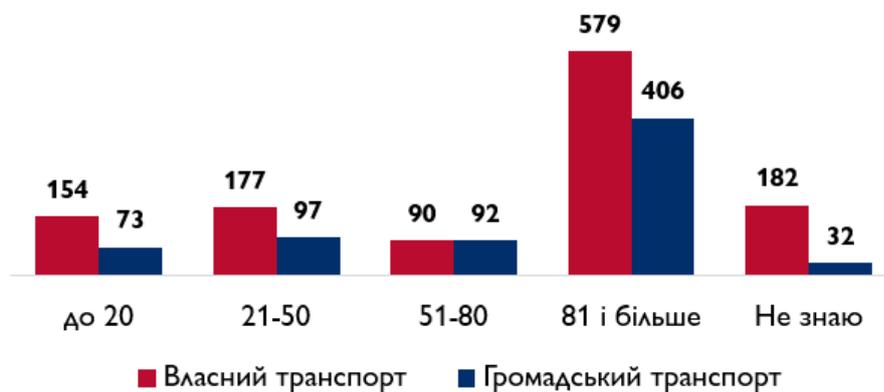


Рисунок 27. Відсоток пацієнтів, які НЕ користуються своїм наявним авто в залежності від відстані до лікувального закладу(в км), %. Примітка: “Перший етап”

Середня вартість поїздки за видами транспорту, розрахована на основі першого і другого етапів опитування, наведена на рисунках нижче. Дуже низька середня вартість власного транспорту на відстані 51-80 км (Рисунок 28) може пояснюватися малою кількістю змістовних відповідей - всього троє респондентів назвали цифру більше нуля. Також 8 з 11 людей, які надали відповіді в цій категорії, вказали, що отримали транспортування безкоштовно (за 0 грн) - такі відповіді не враховувалися в обчисленні середнього значення.



		Кількість відповідей	
21	36	3	7
17	45	11	7
		4	11

Кількість відповідей

Власний транспорт

Громадський транспорт

Рисунок 28. Середня вартість поїздки за видами транспорту та відстанню до лікарні (км), грн.
Примітка: “Другий етап”

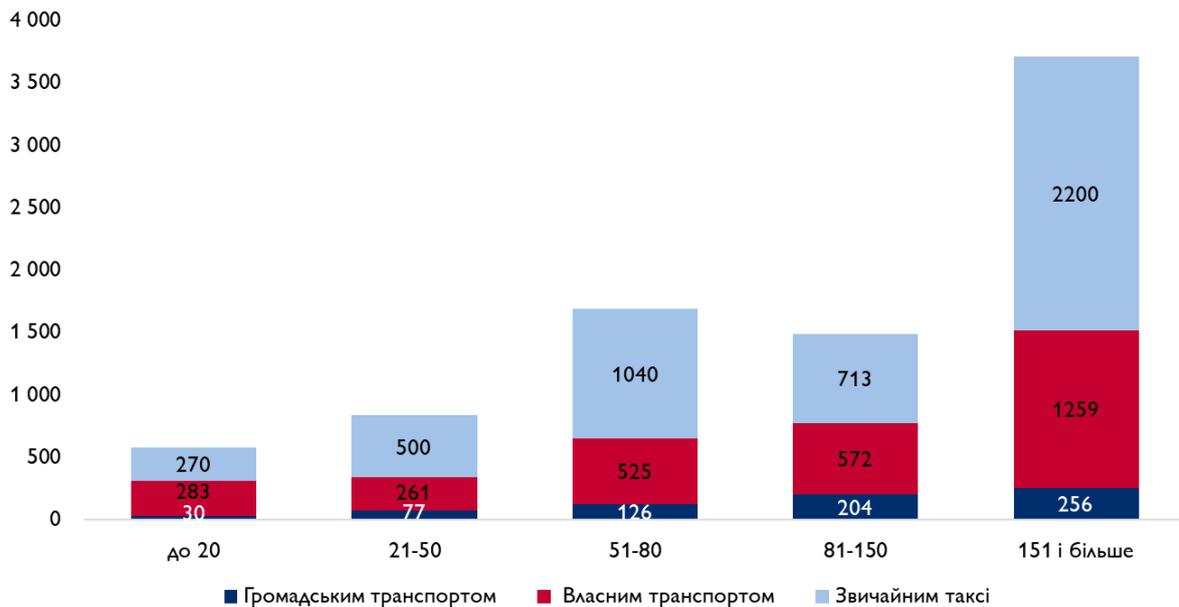


Рисунок 29. Вартість поїздки в один бік в залежності від виду транспорту та відстані до лікувального закладу в км, грн. Примітка: “Перший етап”

За показниками зручності та комфорту пацієнти, що отримували послуги, найвище оцінили власний транспорт: 4,5/5 по обом показникам. Швидка допомога та таксі також отримали високі оцінки. Громадський транспорт, хоча і був оцінений найнижче, не сильно “програє” власному: він отримав 3,3/5 за комфорт та 3,1/5 за зручність. Оцінку інших видів транспорту важко визначити за браком відповідей.

Всього 44 з 309, тобто лише 14% респондентів зазначили, що отримували компенсацію за транспортування, причому 40 з 44 отримують компенсацію на постійній основі. 42 людини отримали компенсацію від громади/місцевої влади, 2 - від соціальних служб. Більшість пацієнтів, які не проживають в місті, де надається необхідна медична послуга, отримують компенсацію за проїзд громадським транспортом (24 з 44, тобто 54,5 % серед всіх отримувачів компенсації). Також для таких пацієнтів існує варіант компенсації за паливо для авто (9 із 44, тобто 20,5 %).

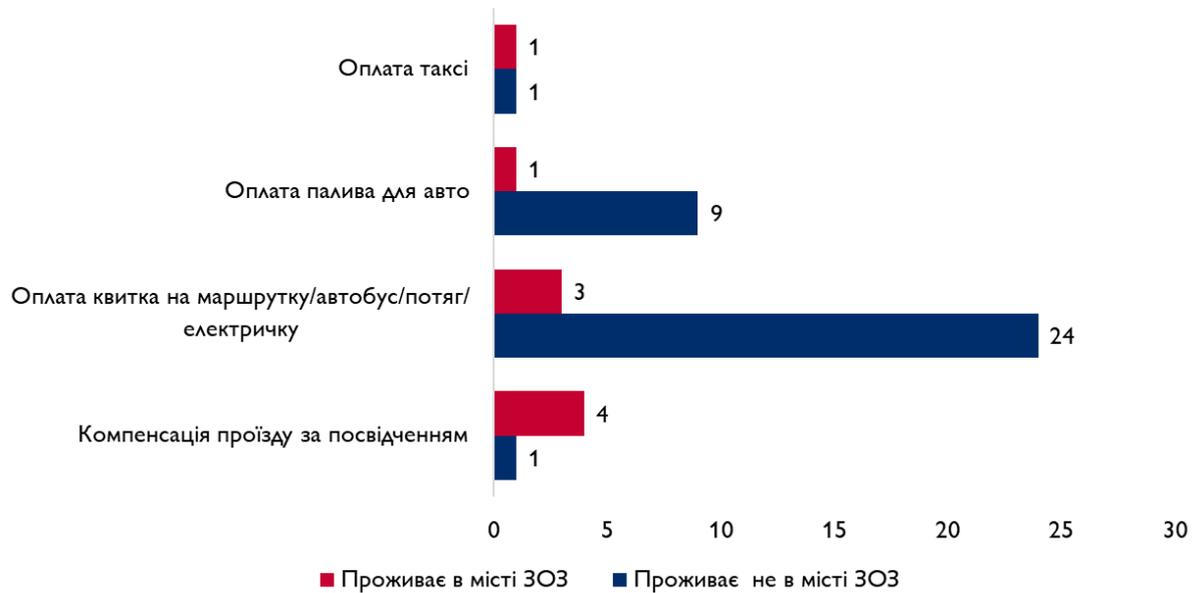


Рисунок 30. Кількість пацієнтів, які отримували компенсацію за проїзд в розрізі типу компенсації. Примітка: “Перший етап”

Пацієнти, які отримували послугу реабілітації, в середньому пропустили 5,7% необхідних візитів. Цей відсоток, схоже, має низьку кореляцію з відстанню до лікарні. Ті, хто проживає не далі ніж 20 км від лікарні, в середньому пропустили 8,6% візитів. Ті, хто проживає за 81 км і більше, пропустили лише 1,9%. Для реабілітації, схоже, недоотримання послуги залежить від інших чинників.

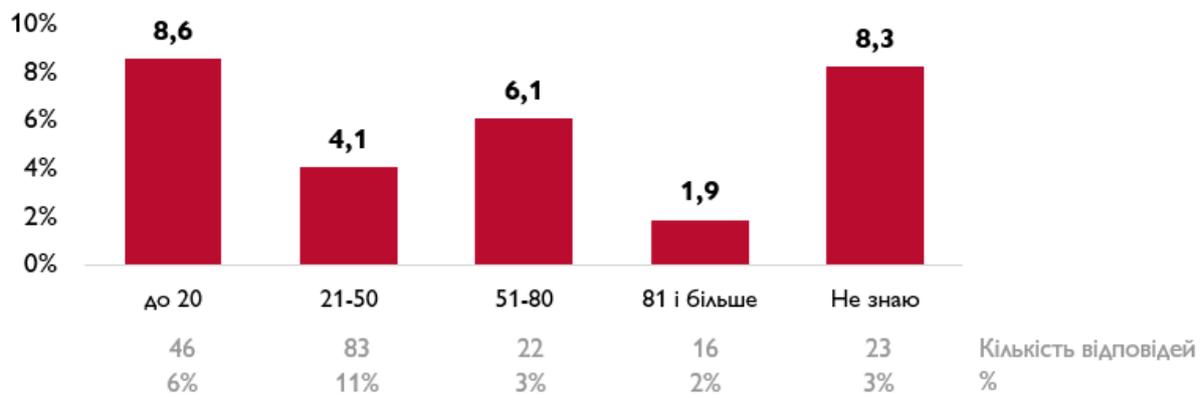


Рисунок 31. Середній % реабілітації, який пропустили пацієнти, за відстанню до лікарні, км, %. Примітка: “Другий етап”

За оцінкою лікарів, найчастіше пацієнти відмовляються від отримання послуги мамографії. В середньому лише близько 80% пацієнтів проходять мамографію після призначення лікарем. Найменше відмовляються від гемодіалізу, оскільки неотримання послуги напряму загрожує життю.

Детальна структура отримання послуг за областями наведена на **Рисунку 32** нижче. Найнижчий відсоток отримання послуг реабілітації та мамографії спостерігається в Миколаївській та Запорізькій областях, можливо, через їх близькість до зони бойових дій.

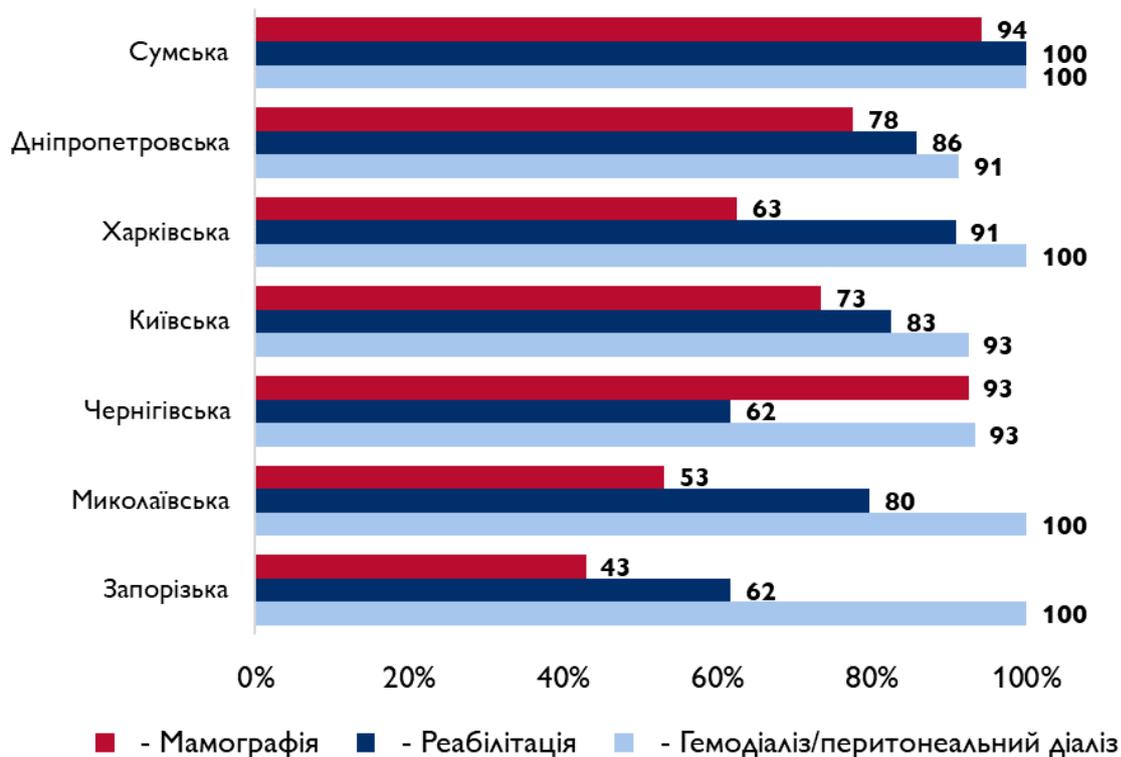


Рисунок 32. Частка пацієнтів, які отримують послугу інтересу після призначення лікарем, за оцінкою лікарів, %. Примітка: “Другий етап”

50% лікарів, що залучені до послуг реабілітації, відзначили, що їм відомі випадки, коли пацієнти відклали лікування або відмовлялися від лікування через складнощі з транспортуванням. Серед тих, хто залучений до гемодіалізу та мамографії, такі випадки відзначили 42% і 35% лікарів відповідно.

Лікарі, які знайомі з такими випадками, зазначили, що відмова від послуг чи недоотримання послуг через проблеми з транспортуванням трапляються з близько 20% пацієнтів в кожній з категорій.

Проблеми з транспортуванням – основний бар’єр, що призводить до недоотримання послуги реабілітації для опитаних пацієнтів. У середньому, респонденти оцінили його важливість у 5,1/10.



Кількість відповідей – 190 (25%).

Рисунок 33. Причини недоотримання послуги реабілітації серед тих, хто отримував послугу, важливість (1-10). Примітка: “Другий етап”

Серед тих пацієнтів, які підпадають під отримання реабілітації чи мамографії, але не отримували ці послуги, найважливішою перешкодою є відсутність місця надання послуги поблизу місця проживання – по суті, проблема, яка напяму пов’язана з транспортуванням.

Також проблеми з транспортуванням значно важливіші для пацієнтів, що потребують реабілітації: вони оцінили важливість цієї причини на 6,5/10. Для тих, хто потребує мамографії, цей бар’єр оцінено у 5,0/10.

Отже, ті, хто потребують реабілітації, значно гостріше відчувають необхідність у доступному транспорті, і можуть частіше відмовлятися від медичних послуг, якщо такого транспорту немає або він не відповідає їхнім потребам.



Кількість відповідей: реабілітація – 174 (23%), мамографія – 169 (22%).

Рисунок 34. Причини, з яких пацієнти не отримали послуги, важливість (1-10). Примітка: “Другий етап”

Лікарі відзначають проблему з транспортуванням як основну перешкоду до отримання послуги для пацієнтів, що потребують діалізу. Вони оцінили цю причину на 7,6/10 для таких пацієнтів. Хоча також лікарі оцінили, що пацієнти на діалізі майже завжди проходять лікування, можливо, для тих, хто пропускає чи відкладає лікування, проблеми з транспортуванням дійсно стоять на першому місці.

За думкою лікарів, що залучені до надання послуг інтересу, пацієнти, які проходять процедуру гемодіалізу, найбільше потребують допомоги з транспортуванням. За їх оцінкою, близько 40% таких пацієнтів проживають віддалено від лікарні та можуть мати труднощі з транспортуванням. Для пацієнтів, що потребують реабілітації чи маммографії, ця частка складає 31% та 28% відповідно. Скоріше за все, такий розподіл також пов'язаний з “важкістю” пацієнтів. Пацієнти на гемодіалізі можуть мати найбільше проблем з переміщенням через свій фізичний стан, в той час як ті, хто потребують маммографії, можуть бути відносно здоровими і значно легше переносити поїздки.

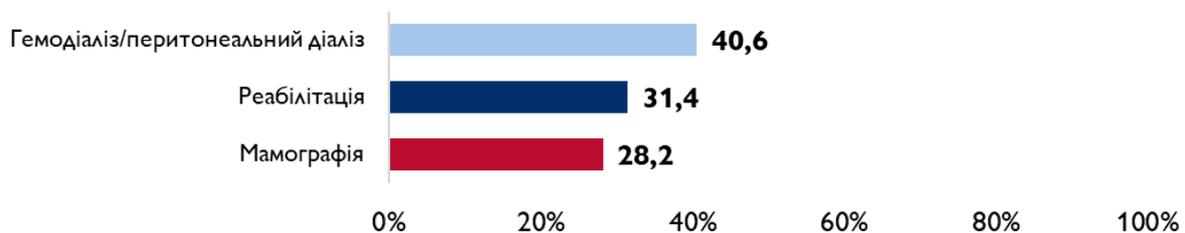


Рисунок 35. Частка пацієнтів, яка проживає віддалено та потребує допомоги з наданням транспорту, оцінка лікарів, %. Примітка: “Другий етап”

За оцінкою лікарів, найбільша частка пацієнтів, що потребують допомоги з транспортуванням, є в Чернігівській області – 41%. Також близько 38% пацієнтів можуть мати проблеми з транспортуванням в Миколаївській, Сумській та Харківській областях. Найнижчий відсоток пацієнтів, що потребують допомоги з транспортом, зафіксований в Запорізькій області – 14%. Це може бути пов'язане з тим, що через бойові дії та окупацію частини області населення в основному сконцентроване в обласному центрі, Запоріжжі, та поблизу.

У першому етапі дослідження, на питання респондентам, що найбільше відповідає їх потребам щодо транспортування, переважна більшість пацієнтів вказували на аспекти, пов'язані з їх нинішнім транспортом. Тобто для тих пацієнтів, хто добирається на авто, є актуальним відшкодування вартості палива, для пацієнтів, які добираються на громадському транспорті - оплата громадського транспорту, а також організація спеціальної служби транспорту ДО і З лікарні, та спеціалізований медичний транспорт. Проте 17,2% опитаних все ж хотіли б змінити

вид транспорту. Нижче в таблиці наведено ключові відмінні потреби від актуального виду транспорту на момент опитування.

На чому добираються зараз	На що б хотіли змінити поточний транспорт					
	Відшкодування палива	Оплата громадського транспорту	Оплата таксі	Організація спецслужби	Швидка зі спеціальним обладнанням	Інше
Власний транспорт		5	5	1	1	
Громадським транспортом	1		4	9		1
Таксі				1	1	
Транспорт від соцслужб		1				2

Таблиця 16. Транспорт, яким пацієнти користуються зараз, та транспорт, яким пацієнти хотіли б користуватися. Примітка: “Перший етап”

За висновками другого етапу дослідження, близько 70% опитаних пацієнтів хотіли б користуватися транспортом від лікарні, транспортом від місцевого ЗОЗ, соціальним транспортом, або транспортом волонтерів. Це значною мірою контрастує з тим, якими видами транспорту пацієнти добираються до лікарні зараз, де переважає громадський та власний транспорт.

Очікувано, більше 80% респондентів відмітили, що користувалися б громадським транспортом, бо користуються ним і зараз.

Висока потреба в соціальному транспорті, схоже, вказує на те, що пацієнтів турбує вартість транспортування до ЗОЗ. Більше 15 людей прямо вказували нестачу фінансів як важливу причину недоотримання або відмови від послуги.

Таксі (і звичайне, і для людей з особливими потребами) не надто популярне серед пацієнтів, можливо, також з фінансових причин. Лише 25-30% людей користувалися б цим видом транспорту. Таксі також отримало найнижчу загальну оцінку – близько 2.5 / 5.

При цьому пацієнти рідко запитують лікарів чи адміністративний персонал лікарні про наявність послуг транспортування. Всього 31% лікарів, що залучені до надання послуги гемодіалізу, відмітили, що пацієнти питали їх про це. Серед тих лікарів, що залучені до реабілітації та маммографії, лише 13% та 2% лікарів відповідно зазначили, що пацієнти питають їх про транспорт. Найімовірніше, це пов'язано не з відсутністю чи неважливістю проблеми для пацієнтів, а з тим,

що рівень комунікації лікар-пацієнт не передбачає значного заглиблення у подібні проблеми, та пацієнти розуміють, що такі питання не належать до компетенцій медичного персоналу.

Серед тих пацієнтів, які потребують реабілітації чи мамографії, але НЕ скористалися цими послугами, більшість – 65% – зазначають, що вирішення проблем з транспортуванням допомогло б їм отримати послугу. Цей відсоток дещо вищий для тих, хто потребує реабілітації, але загалом різниця між типами необхідних послуг незначна.

Потреба в супроводі – це, схоже, визначальний фактор у цьому питанні. Серед осіб без інвалідності та з потребою в супроводі 84% зазначили, що для них є важливим вирішення проблеми транспортування. Також високий відсоток позитивних відповідей надали люди, що потребують супроводу і також мають інвалідність.

Дещо меншу потребу в розв’язанні проблеми транспортування відчують люди, що не мають необхідності супроводу. Хоча і серед них більше половини відповіли на питання ствердно. Така різниця між цими групами може бути пов’язана з тим, що використання соціального транспорту чи транспорту від лікарні – чим може бути розв’язана проблема – дозволятиме значно легше супроводити особу до ЗОЗ, і, відповідно, значно спростить отримання послуги.



Рисунок 36. Готовність користуватися послугою інтересу за умови вирішення проблеми транспортування до ЗОЗ. Примітка: “Другий етап”

Лікарі очікують, що впровадження послуги транспортування найбільше вплине на пацієнтів, які потребують реабілітації. 48% лікарів, які залучені до цієї послуги, вважають, що кількість користувачів послуги може суттєво збільшитися. Лише 17% вважають, що кількість пацієнтів залишиться без змін.

Хоча на пацієнтів, що потребують гемодіалізу, фактор транспорту може мати значний вплив, від отримання послуги залежить їхнє життя, тому, схоже, вони так чи інакше знаходять способи дістатися до лікарні.

Пацієнти, що потребують реабілітації, водночас мають особливі вимоги до транспорту (потреба в супроводі, транспорт для крісел колісних, пересування лежачи тощо) та можуть відкладати чи відмовлятися від лікування без очевидної загрози життю. Тому введення послуги транспортування дійсно може мати найбільший позитивний вплив на цю категорію пацієнтів.

Загалом лікарі вважають, що 58% пацієнтів отримають максимальну користь від запровадження такої послуги, і лише для 17% пацієнтів ця послуга не буде потрібною.

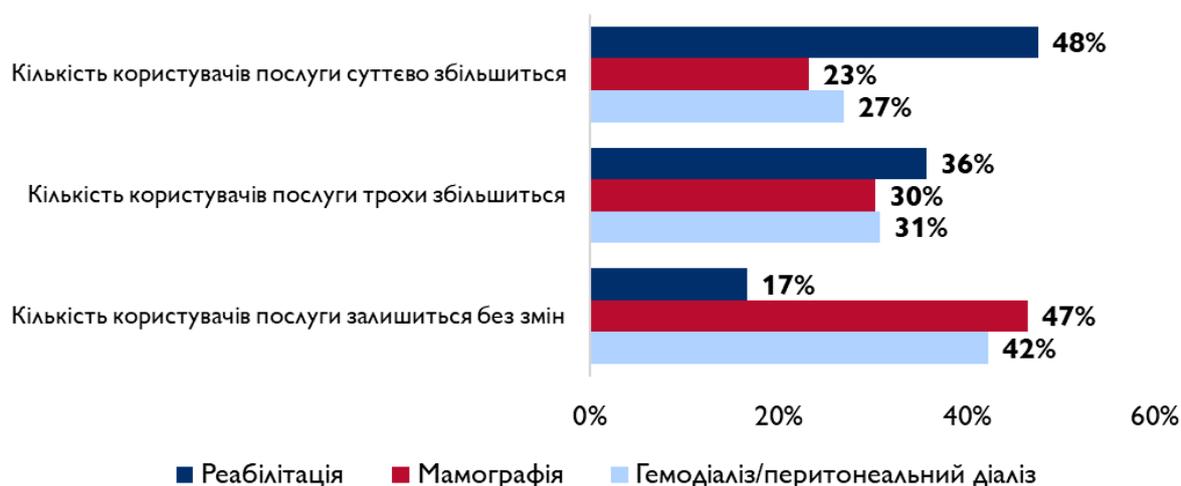


Рисунок 37. Вплив введення послуги транспортування на користування послугами інтересу, за оцінкою лікарів. Примітка: “Другий етап”

Короткий підсумок розділу

Таким чином були з'ясовані наступні особливості, пов'язані з транспортуванням пацієнтів та доступністю медичної послуги для них:

- 1) Зі збільшенням відстані до ЗОЗ, середня кількість візитів для послуг гемодіалізу та реабілітації зменшується. Це може свідчити про зниження доступності послуги та потенційні проблеми з транспортуванням (**Рисунок 19, Рисунок 20**).
- 2) Пацієнти надають перевагу громадському та власному транспорту і рідко користуються таксі, швидкою допомогою чи соціальним транспортом. Для пацієнтів, яким необхідна реабілітація, власний транспорт є більш підходящим, в той час як ті, кому потрібна маммографія, частіше обирають громадський транспорт (**Рисунок 21**).
- 3) Існують значні регіональні відмінності у тому, яким видом транспорту користуються пацієнти (**Рисунок 22**).
- 4) Пацієнти, що проживають у тому самому місті, де і отримують медичну послугу, частіше користуються власним транспортом, ніж ті, що проживають в інших населених пунктах. Останні надають перевагу громадському транспорту. Також пацієнти, що проживають у тому самому місті, де і отримують медичну послугу, частіше користуються таксі й на 1 відсотковий пункт рідше використовують транспорт від соціальних служб (**Рисунок 24**).
- 5) Потреба в супроводі є досить суттєвою серед пацієнтів, а число пацієнтів, які потребують супроводу, значно зростає з відстанню між місцем проживання пацієнта та місцем надання медичної послуги. При цьому, таке зростання характерне як для пацієнтів, що користуються громадським транспортом, так і для тих, хто використовує власний транспорт. Наявність інвалідності у пацієнтів не впливає суттєво на потребу у супроводі (**Рисунок 25**).
- 6) Із збільшенням відстані між місцем проживання пацієнта та місцем надання медичної послуги зростає кількість людей, що мають власне авто, але не користуються ним для поїздок у заклад охорони здоров'я (**Рисунок 27**).
- 7) Вартість поїздки в один бік пропорційно збільшується залежно від відстані між місцем проживання пацієнта та місцем надання медичної послуги, при цьому найдешевшим є використання громадського транспорту, а найдорожчим - таксі (**Рисунок 28, 29**).
- 8) Пацієнти, що проходять реабілітацію, в середньому пропустили 5,7% необхідних візитів. Цей відсоток, схоже, майже не залежить від відстані до лікарні (**Рисунок 31**).
- 9) Лікарі зазначають, що найбільша частка пацієнтів, які відмовляється від послуг після отримання направлення лікаря, є серед тих, кому необхідна маммографія - близько 20%.

Водночас серед пацієнтів, яким призначають гемодіаліз, майже всі починають лікування (**Рисунок 32**).

- 10) Проблеми з транспортуванням - це одна з найважливіших причин недоотримання чи відмови від отримання послуг. Пацієнти, які пропускали візити для реабілітації, поставили цю причину на перше місце з середньою оцінкою важливості 5,1/10 (**Рисунок 33**). Пацієнти, які взагалі не отримували послуги, відзначають найважливішою причиною відмови відсутність місця надання послуги поблизу місця проживання, що фактично теж є проблемою транспортування (**Рисунок 34**). Лікарі відзначають, що проблеми з транспортом також є надзвичайно важливим фактором для пацієнтів, які потребують гемодіалізу.
- 11) 17,2% опитаних хотіли б змінити вид транспорту з того, яким вони добираються зараз, на інший. Їх розподіл та побажання наведені у **Таблиці 16**.
- 12) Впровадження послуги транспортування найбільше вплине на тих пацієнтів, що мають пройти реабілітацію, а також на тих, хто потребує супроводу - в першу чергу, за рахунок зменшення кількості бар'єрів. Це може збільшити кількість пацієнтів, що починають лікування після направлення. Також впровадження такої послуги буде важливим для пацієнтів на гемодіалізі. Кількість таких пацієнтів не обов'язково збільшиться, адже такі пацієнти і так майже ніколи не відмовляються від лікування, але наявність зручного транспортування може збільшити ймовірність, що пацієнт пройде необхідну кількість процедур (**Рисунок 36, Рисунок 37**).

МОЖЛИВІ МОДЕЛІ ОРГАНІЗАЦІЇ ТРАНСПОРТУВАННЯ

I. Аналіз переваг та недоліків наявних систем

Система	компенсації
Переваги:	
Найдешевша	ціна за км
Відносна	легкість у реалізації
Не	вимагає капітальних інвестицій
Найпоширеніша	система серед вибірки Чернігівської області
Ефективна	у регіонах з розвиненим громадським транспортом, містах
За умов компенсації витрат на картку та віддаленого електронного звітування - відносно легка у реалізації	
Недоліки:	
Не ефективна у регіонах з нерозвиненим громадським транспортом, сільській місцевості	
Не	найзручніша для пацієнтів
Не усі пацієнти можуть користуватись громадським транспортом	
Як правило, вимагає оплати самим пацієнтом і подальшого очікування компенсації (критично для мало захищених груп)	
Вимагає постійної взаємодії з власне отримувачами для компенсації	
Ризики недобросовісного використання, завищення вартостей та відстаней	

Власна	система
Переваги:	
Найбільш	зручна для отримувачів
Найбільш	гнучка
Ефективна у сільській місцевості, регіонах зі слабо розвиненим громадським транспортом та неефективним ринком надавачів транспортних послуг	
Помірна вартість за км між двома іншими системами	
Недоліки:	
Вимагає значні першочергові інвестиції у створення автопарку	
Для задоволення потреби різних верств вимагатиме розгалужений автопарк	
За умов поломок/відпусток ключового персоналу тощо і недостатнього автопарку/забезпечення створюються ризики незадоволення потреб	
Складність пошуку персоналу, що однак може нівелюватись після закінчення війни	

Вимагає фінансування для обслуговування власного автопарку
 У вибірці переважно громади мають недостатньо транспорту для покриття потреб

Закупівля

послуг

Переваги:

Не вимагає капітальних інвестицій
 Загальна простота у реалізації: тендер, конкурс, прямий договір.
 Зручна для отримувача
 Відповідає потребам отримувача
 Ефективна за наявності достатньої кількості надавачів транспортних послуг
 “Попит формує пропозицію”, тому можлива поява надавачів навіть там, де їх не було
 Виконується транспортування профільними організаціями з перевезень, які спеціалізуються на цій послугі та мають експертизу.

Недоліки:

Найдорожча з огляду ціни за км
 Вимагає “закупівельної” експертизи (окрім використання електронного каталогу), однак така експертиза не є важкодоступною
 Якість надання послуг залежить від постачальника
 Нижча гнучкість у випадках форс-мажорів

Надавач коштів	Державний бюджет України		
Отримувач коштів	Первинна ланка (де проживає пацієнт)	Вторинна ланка (яка надає послугу)	Окрема служба (як екстреної медичної допомоги, але НЕ вона)
Ключова перевага	<p>- Близькість та локальність до пацієнта!!! (пацієнт проживає поруч, немає потреби у зайвих поїздках)</p>	<p>- Потреба у транспортуванні виникає через отримання послуги на вторинці - має бути зацікавленість у доїзді пацієнта (однак чи завжди? лікування гемо - за послугу, решта - за усе лікування)</p>	<p>- Профільна агенція з перевезення, спеціалізована на задачі, відповідно має бути більш фаховою</p>

Схема надання послуги	Самостійно		Самостійно		Самостійно	
	Закуповування		Закуповування		Закуповування	
Безпосередній надавач послуг	Місцеві перевізники	Соціальний захист за місцем проживання пацієнта	Місцеві перевізники	Соціальний захист за місцем проживання пацієнта	Місцеві перевізники	Соціальний захист за місцем проживання пацієнта
		Місцеві перевізники		Місцеві перевізники		Місцеві перевізники

Таблиця XX. Огляд можливих систем реалізації не екстреного транспортування пацієнтів

Найбільш економічно ефективною та доцільною з точки зору простоти запуску є система компенсації. Видається логічним використання як компенсації проїзду громадським транспортом (середня вартість складала 2,3 грн за км), так і компенсації палива пацієнтам (4,6 грн за км). Це найнижчі вартості за 1 км з усіх наявних систем, недосяжні при жодній іншій системі. Доцільно наголосити, що в цій системі важливо включати і компенсацію палива, тому що в регіонах проживання пацієнтів часто може бути не розвинена чи недорозвинена система громадського транспорту, особливо у сільській місцевості та не густонаселених районах. Також важливим для цієї системи є стимулювання пацієнтів об'єднуватись для вищої економічної ефективності.

Серед ключових викликів цієї системи - ризик недобросовісного використання, завищення вартостей та відстаней. Також ефективність залежить від наявності у регіоні розвинутого громадського транспорту або ж доступного приватного транспорту для пацієнтів (за умов компенсації палива).

Наступною щодо простоти запуску є система закуповування послуг. Ця система є найдорожчою з точки зору вартості 1 км, однак не потребує капітальних інвестицій, а оплати як правило відбуваються по факту надання транспортних послуг. З міжнародного досвіду поширеним є оплата за власне "корисні" кілометри пробігу, коли оплачується транспортування пацієнта без врахування подачі транспорту. Ця система використовується в Україні у деяких регіонах, завдяки контрагуванню необхідного транспорту в залежності від змін потреби (наприклад, адаптованого під візку, більшого транспорту для організації перевезення кількох пацієнтів одночасно тощо) і показує хорошу ефективність. Також наявний міжнародний досвід ефективного використання цієї системи.

Заключним буде розглянуто власну систему транспортування. Вона надає переваги у високому ступеню контролю за наданням послуг, гарантованості отримання послуги пацієнтами, які

потребують, незалежністю від зовнішніх надавачів тощо. Серед ключових недоліків - потреба у значних інвестиціях у автотранспорт та супутні засоби, потреба підтримувати штат для обслуговування та використання автотранспорту, нижча гнучкість за умов відсутності великого автопарку тощо. Наприклад, закуплене авто для пацієнтів на кріслах колісних може бути не таким ефективним для перевезення кількох пацієнтів. Велике авто ж, навпаки, неефективне для транспортування одного чи двох пацієнтів. Такі ситуації теж зустрічались в ході інтерв'ю з громадами, які мали великі мікроавтобуси, і вартості перевезення були значно вищими за альтернативи легкового авто.

Підсумовуючи вищесказане - **Першим** можливим підходом може бути комбінування усіх 3-х систем. У регіонах з достатнім розвитком громадського транспорту - найбільш ефективним буде використання систем компенсації транспорту та компенсації палива пацієнтам на проїзд (стимулюючи пацієнтів об'єднуватися по кілька осіб у одному авто). За умов незручного транспортного сполучення - перехід до системи закуповування перевезень у приватних перевізників, особливо ефективним є система за умов об'єднання кількох пацієнтів, що живуть поруч та отримують послуги у одному ЗОЗ чи закладах поруч. Також навіть на рівні одного пацієнта може відбуватись мікс кількох систем, наприклад, пацієнт добирається до найближчої "точки збору" на громадському/власному транспорті/таксі, а надалі групу пацієнтів до закладу перевозить шатл. Подібну схему ефективно використовують найефективніші логістичні мережі.

За відсутності змоги використати вищеназвані системи доцільно інвестувати у розвиток спеціалізованого автопарку та розвиток власної системи. Вартість за км буде проміжною між попередніми 2-ма системами. Ефективною є схема за умов відсутності як транспортного сполучення, так і приватних надавачів у регіоні. Однак, варто пам'ятати про економічну доцільність і правило "попит формує пропозицію". Відповідно, поява потреби та проведення публічних конкурсів здатне виявити нових надавачів. Власні системи транспортування також ефективні за умов співпраці з іншими громадами, які знаходяться на шляху прямування.

У ході зустрічі робочої групи по транспортуванню, яке було організовано 19 січня 2024 року та охоплювало представників громад Чернігівської області, ЗОЗ первинної та вторинної ланки (надавачів послуг інтересу), органів влади, місцевого самоврядування та соціальних захистів, а також ефективні організації інших областей було обговорено вищеописані схеми. Зокрема учасники наголосили на "потребі об'єднуватись громадам з транспортом і без транспорту для вищої ефективності. Тим паче, що карта пацієнтів Чернігівської області, які отримують послуги інтересу дає змогу ефективно застосувати цей підхід. Це передбачає укладення договорів між громадами з метою відшкодування коштів.

Також наголошувалось, що не варто ускладнювати процедуру закупівель і, наприклад, вимагати перебування учасників у "Реєстрі надавачів та отримувачів соціальних послуг". Служба соціального захисту з громади, що закуповує послуги зазначає, що центральне фінансування є оптимальною схемою закупівель транспортних послуг. Прозвучала також думка про прями

контракти НСЗУ з соцзахистами громад, які мають власну систему транспортування. Служби таксі, які добре розвинені у обласних центрах, не хочуть реєструватися у “Реєстрі надавачів та отримувачів соціальних послуг”, хоча цілком можуть надавати послуги з перевезення пацієнтів, які не потребують крісла колісного. Питання контролю надавачів послуг з перевезення, а також відсутність гарантії перевезення при наявності лоту в Прозорро, є досить великою проблемою закупівлі не екстреного перевезення пацієнтів.

Представник одного з надавачів гемодіалізу розповів про невдалий досвід спроби організації транспортування для усієї області. Тому, самостійне перевезення надавачами може бути складною задачею для лікарень як “непрофільних” перевізників.

Наведено і приклад соціального таксі, які було організоване за принципом закупівлі послуг у перевізника у Хмельницькій області, яке доводиться постійно перевіряти з приводу перевищення фактичного кілометражу у звітах. Така перевірка проводиться як за допомогою GPS навігаторів, так і особисто представниками соціальної служби. Власна система транспортування пацієнтів, яка працює у Чернігівській міській територіальній громаді з 2018-го року, підкреслила, що вони надають безкоштовні послуги вибірково, а для людей, що мають дохід, ті самі послуги можуть надаватися платно. В їх наявності два автомобілі, що обладнані для перевезення осіб у кріслах колісних. Громади, що перебувають в процесі організації таких служб, основною проблемою зазначають недостатність фінансування з місцевих бюджетів на початкових етапах створення власної системи транспортування пацієнтів.

Представник Харківської області зазначила, що наразі проїзд у місті Харків безкоштовний громадським транспортом. При цьому ряд пацієнтів користуються власним транспортом в межах міста і їм передбачена компенсація пального. По Харківській області перевезення переважно забезпечується ЦПМСД за кошти громад, але тут є юридична проблема, бо ЦПМСД не має юридичного права брати кошти за перевезення пацієнтів. Такі перевезення забезпечуються переважно для людей з особливими потребами, що потребують супроводу, а решта пацієнтів добирається самостійно.

Центри гемодіалізу не контактують безпосередньо з громадами. Вони надають пацієнтам довідку, в якій вказаний час та тривалість отримання гемодіалізу, з якою пацієнт звертається до місцевих органів соціального захисту або до ЦПМСД, які вже вирішують в який спосіб організувати транспортування такого пацієнта.

2. Окремі юридичні аспекти реалізації систем

2.1. Реалізація системи не екстреного транспортування через органи місцевого самоврядування.

За умов реалізації проекту через державну субвенцію він матиме системний характер і, як наслідок, буде мінімізовано ризики порушення законодавства про соціальні послуги.

Якщо ж проект транспортування буде реалізовуватись за рахунок коштів місцевого бюджету, у такому випадку варто взяти до уваги наступні фактори. Відповідно до порядку організації надання соціальних послуг, затвердженого постановою Кабінету Міністрів України від 1 червня 2020 р. № 587 “[Про організацію надання соціальних послуг](#)” місцеві держадміністрації та органи місцевого самоврядування мають право приймати рішення про надання соціальних послуг за рахунок бюджетних коштів іншим категоріям осіб, ніж зазначені частиною другою статті 28 Закону України від 17 січня 2019 № 2671-VIII “[Про соціальні послуги](#)”. Для реалізації цього механізму місцевий орган виконавчої влади або орган місцевого самоврядування приймає рішення (видає розпорядження) про перелік послуг, що надаються за рахунок бюджетних коштів, та/або звільнення окремих категорій осіб від плати за надання соціальних послуг. Тому, дуже важливим аспектом реалізації механізму є належне відокремлення послуги від соціальної.

Задля мінімізації ризиків, визнання порушення законодавства про соціальні послуги, рекомендується забезпечити нормативне підкріплення. Досягти цієї мети можна шляхом прийняття нормативно-правового акту або рішення органу місцевого самоврядування (рішення відповідної ради), яке буде визначати, що послуга направлена на забезпечення медичного обслуговування населення та не відноситься до соціальних послуг (інший предмет реалізації програми).

2.2. Реалізація системи не екстреного транспортування через заклади охорони здоров'я. Питання ліцензії на транспортні послуги.

Якщо заклади використовують транспортні послуги для власних потреб, зокрема для надання медичної послуги, у такому разі така діяльність не підпадає під ліцензування. За даних умов транспортування є частиною медичного обслуговування та не є прямим предметом договору.

Рекомендовано доповнити статут комунального некомерційного підприємства даним видом діяльності.

Однак, якщо ЗОЗ використовує власний чи орендований транспорт для надання послуг з перевезення іншим юридичним чи фізичним особам, ЗОЗ повинні отримати ліцензію на загальних підставах.

Закупівля ЗОЗ послуг транспортування: якщо підрядник забезпечує транспортування - він повинен мати ліцензію.

ЗАГАЛЬНІ ВИСНОВКИ

Неекстрене транспортування хворих є невід'ємною складовою системи охорони здоров'я. Особливо актуальним постає це питання в умовах повномасштабної війни, руйнування закладів охорони здоров'я, знищення чи значного пошкодження доріг, мостів та цивільної інфраструктури тощо.

Проаналізовані країни такі як Велика Британія, Словаччина, Чехія, Данія, Польща мають розвинені системи такого транспортування. Кожна система має свої особливості реалізації, що враховують фактори країни та відповідної системи охорони здоров'я. На основі наявних даних автори дійшли до висновку, що єдиного ідеального механізму створення системи не існує. Важливо враховувати специфіку країни, місцевості, потреб пацієнтів та наявних сервісів транспортування.

Як правило, витрати на неекстрене транспортування складають в районі 0.5% бюджету охорони здоров'я референтних країн. В масштабах України необхідний бюджет складав би в районі 1 млрд грн. Це 0,5% від загальних запланованих видатків на охорону здоров'я на 2024 рік,²⁹ які складають 202 млрд грн, що включає контракти в рамках ПМГ, обласні/місцеві бюджети та інші надходження. Для 2023 року сума б складала 0,94 млрд грн (0,5% від загальних реальних видатків на охорону здоров'я 2023 року, які склали 188,1 млрд грн). Через великі розміри країни, і як наслідок великі відстані, які треба долати непрямим референсом може бути показник не більше 30-40% від бюджету Екстреної допомоги. В перерахунку на 2024 рік це дасть бюджет у 3.15 - 4.2 млрд грн.

На основі рекомендацій експертів [5] оптимальним видається схема розвитку системи неекстреного транспортування хворих окремо від екстреної допомоги та міжлікарняного перевезення. Це дозволить сфокусуватись на розвитку найкращого сервісу з огляду на потреби пацієнтів. На просунутій стадії можливо повторно розглянути подальший розвиток систем окремо чи під єдиною парасолькою.

Важливо наголосити, що найбільш корисною система неекстреного транспортування є для пацієнтів сільської місцевості та віддалених населених пунктів від місць надання медичної послуги.

Як правило першими кроками варто розвивати сервіс щодо обмеженого кола "простіших у реалізації" та, на основі міжнародного досвіду, найбільш поширених у структурі послуг - такими є транспортування задля отримання діалізу, хіміо- та радіотерапії. Саме щодо цих послуг проводився поглиблений аналіз у поточному звіті на Першому етапі роботи.

Надалі за принципом розширення варто додавати ширше коло послуг/географій охоплення. Такими на Другому етапі дослідження були обрані послуги реабілітації та мамографії, розширене коло областей. Це дозволить сприяти позитивному іміджу послуг у суспільстві, коли все ширше коло населення може скористатись сервісом. На противагу цьому виступає

²⁹ <https://openbudget.gov.ua/national-budget/expenses?class=functional&view=table>

підхід одразу задекларувати забезпечення неекстреного транспортування для усіх категорій, які підпадають під критерії включення(таргетне населення). Вірогідність ненадання чи непокриття “молодою” службою усього таргетного населення є високим. Тому цей підхід несе значні репутаційні та фінансові ризики.

У ході дослідження було проведено два етапи опитування пацієнтів та лікарів та 5 глибинних інтерв'ю з лікарями. Географія дослідження: Дніпропетровська, Запорізька, Київська, Миколаївська, Сумська, Харківська та Чернігівська області. Загалом за два етапи було опитано 1077 пацієнтів, що потребують послуг гемодіалізу/перитонеального діалізу, радіотерапії, хіміотерапії, реабілітації чи мамографії.

У Чернігівській області послуги інтересу надаються: гемодіаліз - у 7 локаціях, Хіміотерапія - у 2 закладах, Радіотерапія - у 1 ЗОЗ(дві останні послуги надаються лише у Чернігові).

Статистичні дані на рівні Чернігівської області дозволяють оцінити загальну чисельність за один рік таргетного населення, що отримують послуги діалізу, хіміо- та радіотерапії у 4 859 осіб. З них щодо діалізу 298³⁰ осіб, щодо хіміо- та радіотерапії 4 561 особа. Сумарно вони мали 49 635 візитів в лікувальні заклади, з них щодо діалізу - 32 280, та щодо хіміо- та радіотерапії 17 355 поїздок на рік. Таким чином, відносно невелика група пацієнтів гемодіалізу потребує більше ніж 2/3 усіх поїздок через необхідність постійно їздити на процедуру 3 рази на тиждень. Високий питомий відсоток гемодіалізу у структурі послуг транспортування корелює з міжнародним досвідом. Проте, для пацієнтів, які проживають в місті отримання медичної послуги (для Чернігівської області в містах - Чернігів, Ніжин, Прилуки, Корюківка) потреба в транспортуванні є менш значуща, в порівнянні з тими, хто живе віддалено від лікарні, в інших населених пунктах. На рівні Чернігівської області менше половини, а саме 141 з 298 осіб проживають поза містом отримання послуг діалізу. Вони мали 14 741 візит в лікувальний заклад за рік. Проте, для отримання послуг з хіміо-/радіотерапії потреба в транспортуванні з інших населених пунктів є набагато більшою, а саме 4 173 з 4 561 пацієнта проживають поза містом отримання даної медичної послуги (тільки в м. Чернігів надають ці послуги). Вони мали 16 034 візити в лікувальний заклад за рік.

Важливо наголосити, що це фактичні дані, які не враховують приховану потребу та недодіагностику. Тому для подальших адекватних розрахунків доцільно використати збільшувальний коефіцієнт. Недодіагностика потреби у замісній нирковій терапії (ЗНТ) в Україні орієнтовно може становити 150-300%, наприклад, порівнюючи з показником поширеності у сусідній Румунії. Так як поки в Україні майже недоступна трансплантація, то більшість пацієнтів підпадають під гемодіаліз. Щодо онкології, то проблемою для цієї нозології є не стільки недодіагностика як така, а виявлення на пізніх стадіях захворювання. Враховуючи більш пізню діагностику деяких онкологічних захворювань у порівнянні з іншими країнами, особливо у сільській місцевості України, потреба у хіміотерапії може бути навіть меншою від рекомендованої через неоперабельність запущених стадій пухлин та значну ослабленість таких

³⁰ Без врахування 27 пацієнтів на гемодіалізі в КНП "Чернігівській міській лікарні №2" Чернігівської міської ради, які не надали дані в розрізі кожного пацієнта

пацієнтів. Тому можна припустити, що коефіцієнт недодіагностики для хіміотерапії й радіотерапії є близьким до 1 та більшість пацієнтів діагностується.

Як не парадоксально, попри те, що поточний звіт, про транспортування пацієнтів, однак одним з висновків в аспекті хвороб нирок - критична недостатність **трансплантацій нирок**. Наприклад, в Україні рівень трансплантацій 6 на 1 млн населення, в Польщі - 20, в Англії - 41, а в Іспанії, яка є лідером - 62, у середньому ж по країнам, які є в дослідженні ERA-EDTA Registry, Annual Report 2021 (2023 рік) - 37 на 1 млн населення [2].

Якщо перейти до більш логістичних питань, то відстані, які пацієнти мають долати від місць проживання до ЗОЗ Чернігівської області є значно більшими, ніж референси досліджуваних Європейських країн. У дві сторони оцінено середню відстань однієї поїздки пацієнтів, які отримували медичні послуги інтересу та проживають в населеному пункті за межами міста лікувального закладу, становить 79,9³¹ км (проте - 139,2³² км середня відстань для пацієнта, який отримує послуги інтересу). Для контексту наведемо середні показники відстаней для інших країн по усім медичним послугам, які надаються в рамках сервісу PTS, який забезпечує держава/лікарня. Отож, у Англії - це 19,6 км, Словаччині - 30 км, Данії - 35 км. Ці величини мають ризик бути непорівнюваними, однак надають розуміння, що відстані в Чернігівській області до закладів, які надають послуги інтересу, значно більші. Для пацієнтів на гемодіалізі які не проживають в місті лікувального закладу в Чернігівській області, середня відстань дещо менша і становить 70 км в обидві сторони, оскільки в області дану послугу надають в 4-х віддалених один від одного містах. Проте, пацієнти на радіо/хіміотерапії долають значно більші відстані - середня відстань в обидві сторони становить 143,4 км.

Вивчення відповідей респондентів підтвердило, що відстань до ЗОЗ впливає на кількість отримання послуги: зі збільшенням відстані до лікарні падає кількість отриманих послуг гемодіалізу та реабілітації. Пацієнти, що проживають за 50 км і більше від лікарні, проходять приблизно дві третини від необхідної кількості процедур гемодіалізу. Це може бути індикатором недостатньо розвиненої системи транспортування, що виступає бар'єром для пацієнтів.

74% пацієнтів, що потребують мамографії, користуються громадським транспортом, тоді як лише 48% пацієнтів, яким потрібна реабілітація, обирають цей вид транспорту. Це вказує на більшу потребу в комфортному транспортуванні для останньої групи пацієнтів.

Лікарі зазначають, що більшість пацієнтів, яким необхідна мамографія, потребують лише звичайного (неадаптованого) транспорту. Найбільша потреба в спецтранспорті за думкою лікарів є у групи пацієнтів, що проходять реабілітацію. Дещо більше на звичайний транспорт можуть покладатися пацієнти, що потребують гемодіалізу.

³¹ Для розрахунку середньої відстані однієї поїздки використано загальну відстань всіх всіх пацієнтів та всіх візитів, розділену на кількість візитів

³² Для розрахунку використано всі унікальні записи пацієнтів та відстань до населеного пункту проживання, без врахування фактичної кількості візитів

Існують значні регіональні відмінності у тому, який тип транспорту обирають пацієнти. Наприклад, в Сумській області більше 60% опитаних користуються власним транспортом, а в Дніпропетровській області таких лише 25%. Причини такої різниці не є очевидними, і, можливо, потребують глибшого дослідження.

Рівень доходу є важливим чинником у виборі типу транспорту: зі зменшенням доходу зростає ймовірність, що пацієнт обере громадський транспорт замість власного. Це також пояснює збільшення частки пацієнтів, що користуються громадським транспортом, зі збільшенням відстані до лікарні адже дохід домогосподарств падає з віддаленням від центрів.

Також потреба в супроводі грає значну роль: пацієнти, яким необхідний супровід, мають більше покладатися на власний транспорт (транспорт домогосподарства) або таксі, щоб дістатися ЗОЗ. Відповідно, якщо такі пацієнти не мають можливості скористатися комфортним транспортом, збільшується ймовірність, що вони пропускатимуть процедури або відмовлятимуться від лікування.

50% лікарів, що залучені до послуг реабілітації, відзначили, що їм відомі випадки, коли пацієнти відкладали лікування або відмовлялися від лікування через складнощі з транспортуванням. Серед тих, хто залучений до гемодіалізу та мамографії, такі випадки відзначили 42% і 35% лікарів відповідно.

Проблеми з транспортуванням – основний бар'єр, що призводить до недоотримання послуги реабілітації для опитаних пацієнтів, **Рисунок 33**. Серед тих пацієнтів, які підпадають під отримання реабілітації чи мамографії, але НЕ отримували ці послуги, найважливішою перепороною є відсутність місця надання послуги поблизу місця проживання, **Рисунок 34** – по суті, проблема, яка на пряму пов'язана з транспортуванням. Також лікарі відзначають проблему з транспортуванням як основну перешкоду до отримання послуги для пацієнтів, що потребують діалізу.

Респонденти мають високу потребу в соціальному транспорті: близько 70% опитаних пацієнтів хотіли б користуватися транспортом від лікарні, транспортом від місцевого ЗОЗ, соціальним транспортом, або транспортом волонтерів.

Поглянувши на вивчений досвід, структурно схеми транспортування можна поділити на чотири категорії: 1)Компенсація, 2)Власна система, 3)Закуповування послуг 4) Комбінація вищезазваних систем. Кожна з них має свої переваги та недоліки.

Компенсація квитків/палива пацієнтам є найдешевшою, однак залежить від розвиненої системи громадського транспорту, наявності власного авто та має ризики недобросовісного використання.

Власна система є середньою по вартості за 1 км в порівнянні з аналогами, є найбільш контрольованою та надійною, прекрасно покриває потребу сільського населення, однак потребує значних першочергових інвестицій та постійну потребу у підтримуванні автопарку та супутніх витрат.

Система за купування послуг не потребує значних першочергових інвестицій, за наявності достатнього ринку надавачів може гнучко задовольняти потребу, однак має найвищу вартість і км перевезення та сильно залежить від наявності, якості та надійності надавачів.

Нарешті комбінація - є варіантом системи, за якого використовуються у різній пропорції вищезазначені потреби в залежності від особливості місцевості. Наприклад, пацієнти - жителі міста отримують компенсацію проїзду, в той час як пацієнти віддалених регіонів з недостатньою кількістю надавачів та громадського транспорту користуються власною системою транспортування. Причому, можливо навіть на рівні одного пацієнта може відбуватись мікс кількох систем. Наприклад, пацієнт добирається до найближчої "точки збору" на громадському/власному транспорті/таксі, а надалі групу пацієнтів до закладу перевозить шатл. Подібну схему ефективно використовують найефективніші логістичні мережі.

Щодо юридичних аспектів при реалізації через органи місцевого самоврядування – важливо виключити ризики порушення законодавства про соціальні послуги, тому важливим є належне відокремлення послуги від соціальної. При реалізації через ЗОЗ – ключовим є питання ліцензії на транспортні послуги.

РЕКОМЕНДАЦІЇ

- Створення та розширення існуючих просвітницьких кампаній щодо використання послуг медичної допомоги. Зокрема розширення промоції скринінгових програм, наприклад, мамографії, що була охоплена у поточному дослідженні. Поширення поінформованості про доступність послуг реабілітації та її невід'ємність у менеджменті травм та поранень, інсультів та інфарктів тощо.
- Підвищення рівня виявлення пацієнтів, які потребують замісної ниркової терапії та вживання заходів щодо попередження та раннього розпізнавання хвороб нирок.
- На рівні державної стратегії - сприяти розвитку трансплантації в Україні як опції Замісної ниркової терапії, станом на зараз відзначається драматичне відставання України від розвинених Європейських країн.
- Розвиток системи надання хіміо- та радіотерапії, підвищення географічної доступності цих послуг для пацієнтів.
- Загалом наближення медичних послуг до населення. Це можна досягати різними шляхами, наприклад, фізичним збільшенням кількості місць надання або ж розширенням їх транспортної доступності.
- Розвиток системи громадського транспорту в Україні. Це дасть змогу не лише пацієнтам легше добиратись до закладів, а сприятиме вищій мобільності населення, розширенню опцій працевлаштування та потенційного росту добробуту, а також сприятиме зменшенню вуглецевого сліду, заторів та іншим супутнім позитивним економічним ефектам тощо. Наприклад, у Данії сервісом транспортування пацієнтів займається агенція громадського транспорту. Доцільно провести поглиблені економічні розрахунки та аналіз ризиків та переваг.
- Варто звернути увагу на категоріях населення з нижчим доходом, адже вони змушені більше покладатися на громадський транспорт, який не завжди відповідає особливим потребам таких пацієнтів. Під час вивчення досвіду щодо транспортування пацієнтів NHS Англії зустрічалась окрема програма Healthcare Travel Costs Scheme (HTCS), що охоплювала пацієнтів з нижчими доходами. Однак вони все одно наголошують, що деякі пацієнти з нижчими доходами можуть не отримувати необхідні послуги та навіть не знати про існування такої програми.
- Доцільним є об'єднання під однією парасолькою надання послуг неекстреного транспортування пацієнтів. Зараз відсутній стандартизований тип цих послуг і потребу закривають служба екстреної медичної допомоги, соціальні служби, громадський та власний транспорт, волонтерські організації, приватні бізнеси тощо. Таким чином буде встановлено фокус на надання послуг, що відповідають потребам пацієнтів.
- Розвантаження соціальної сфери від потреби перевезення пацієнтів, що подекуди складає більше 90% усіх послуг транспортування. Це дасть змогу соціальним службам сфокусуватись на профільних задачах.

- Основними принципами системи транспортування має бути **чуйність, швидке реагування, справедливість, доступність** (responsive, fair and sustainable).
- Розробка системи, що складається з 4-х ключових компонентів: **контроль (обов'язково лежить в межах системи охорони здоров'я), сортування, планування та координація, транспортування.**
- Розробка системи на обласному/національному рівні, а не локальному/місцевому. Це дасть змогу будувати найефективніші маршрути транспортування та ефективно оцінювати наявну базу лікувальних закладів, надавачів послуг, організовувати спільне перевезення пацієнтів суміжних громад та, загалом, бачити “велику картину”.
- Використання підходу “розширення доступності”, тобто спочатку обрати перші групи пацієнтів, наприклад, діаліз, онкологія (хімію та радіотерапія) та поступове розширення на інші категорії, обрання окремих областей реалізації тощо. Це сприятиме позитивному сприйняттю суспільством, коли все більше населення може скористатись послугами, в порівнянні з іншим підходом, коли доведеться виключати якісь категорії через фінансову, логістичну і т.д. недоступність.
- Початок роботи служби неекстреного транспортування пацієнтів окремо від системи екстреної медичної допомоги. Уже на просунутій стадії її розвитку приймати рішення про доцільність об'єднання або ж навпаки подальше функціонування як окремих служб.
- Проведення поглибленого дослідження щодо економічного ефекту та детальні фінансові розрахунки системи неекстреного транспортування в Україні.
- Тримати в фокусі сталість та готувати основу для переходу на транспорт зі зменшеним/нульовим рівнем викидів. Не ігнорувати фактори забруднення навколишнього середовища транспортом, а також спричинений цим негативний вплив на здоров'я людей і зокрема серцево-судинні та онкологічні захворювання.
- Створення та постійне наповнення баз:
 - 1) надавачів послуг (ЗОЗ), щодо яких проводиться неекстрене транспортування пацієнтів, наявного обладнання, персоналу, пропускної спроможності центру тощо, задля ефективної алокації пацієнтів до закладів;
 - 2) “в реальному часі” пацієнтів, що потребують таких послуг;
 - 3) надавачів послуг неекстреного **транспортування.**
- На основі створених баз - розробка/адаптація автоматизованого сервісу, що розраховуватиме найефективніші/економічно вигідні маршрути транспортування з урахуванням потреби пацієнтів, наявних транспортних засобів інших факторів. Як референс можна взяти іноземні працюючі ІТ системи такі, наприклад, що існують в Данії, Словаччині тощо.
- При розробці системи варто враховувати реалії “держави в смартфоні”, додатку “**Дія**”, де сервіси можна отримувати швидко та зручно. Як варіант інтегрувати зручну форму подачі заявок на транспорт через “**Дію**” додавши її уже до багатьох наявних сервісів, інтегрувати можливість перевіряти фізичне місцезнаходження транспорту тощо.

- Врахувати принцип, що пацієнт НЕ може очікувати транспорт годинами, якщо таксі приїжджають за 15 хвилин. Або ж місяцями очікувати реімбурсацію проїзду, коли електронні транзакції проходять сьогодні протягом десятка секунд.
- Сприяти участі громад у формуванні концепції транспортування на місцях.
- Розробити чіткі та вичерпні медичні та економічні критерії для включення пацієнтів в програму транспортування.
- Розробити принципи “сортування” пацієнтів на тих, хто потребує: 1) екстреної системи транспортування, 2) міжлікарняного перевезення, 3) неекстреного транспортування, 4) не підпадає під критерії систем транспортування.
- В процесі та після запуску системи проведення загальнонаціональних комунікаційних кампаній про наявність послуг транспортування пацієнтів, навіть у Англії, де існує налагоджена система неекстреного транспортування пацієнтів все одно значна частка не поінформована про таку можливість.
- Запровадження та контроль показників ефективності таких як “Середній час очікування”, “кількість довгих очікувань” інші пацієнто-орієнтовані метрики. Обов’язковість покращення метрик по ходу реалізації проекту. Наприклад, в Англії у дослідженні 2021 року середній час очікування був 45 хв (від 15 хв до 90 хв) і це було предметом значної критики.
- Проведення періодичних онлайн та оффлайн опитувань пацієнтів щодо задоволеності наданою допомогою в розрізі “послуг інтересу”. Прикладом може слугувати щорічні дослідження PREM щодо лікування у ниркових центрах Великої Британії. Напрямки оцінки задоволеності пацієнтів, для опитування можна знайти за посиланням, зокрема такі критерії як: “Загальна оцінка”, “Транспортування”, “Приватність та гідність”, “Доступність”, “Інформація для пацієнтів” тощо.
- Ввести системи контролю з метою заохочення ефективних систем та унеможливлення зловживань транспортуванням пацієнтів.
- Заохочення державно-приватного партнерства, співпраця з надавачами соціальних послуг та послуг таксі, компаній райдшерінгу такими як Уклон (Uklon), що уже надають послуги людям, які користуються кріслом колісним.

ДОДАТКИ

Додаток А. Розподіл та кількість закладів, які надають послуги інтересу у обраних областях станом на 2024 рік.

Область	Амбулаторна реабілітація		Інсульти		Мамографія		Радіологія		Хіміотерапія		Гемодіаліз		Перитоніальний діаліз	
	К-ть закладів	К-ть міст	К-ть закладів	К-ть міст	К-ть закладів	К-ть міст	К-ть закладів	К-ть міст	К-ть закладів	К-ть міст	К-ть закладів	К-ть міст	К-ть закладів	К-ть міст
ДНІПРОПЕТРОВСЬКА	34	13	15	11	29	12	4	2	9	3	6	5	3	2
ЗАПОРІЗЬКА	14	2	4	1	7	2	2	1	4	1	3	1	1	1
КИЇВСЬКА	10	7	11	10	15	15	1	1	1	1	9	8		
КИЇВ	36	1	16	1	24	1	4	1	5	1	9	1	4	1
МИКОЛАЇВСЬКА	8	2	9	5	4	3	1	1	2	1	6	5		
СУМСЬКА	18	9	8	6	9	3	1	1	2	1	7	6	1	1
ХАРКІВСЬКА	22	9	15	12	30	18	1	1	7	1	2	1	2	1
ХЕРСОНСЬКА	1	1	2	1	2	1	1	1	1	1	1	1		
ЧЕРНІГІВСЬКА	10	6	10	7	5	4	1	1	3	1	3	1	1	1
Разом	153	50	90	54	125	59	16	10	34	11	46	29	12	7

Додаток Б. Кількість наданих сеансів та епізодів гемодіалізу й перитонеального діалізу в ЗОЗ Чернігівської області згідно даних НСЗУ.

Назва ЗОЗ	Назва філії	Орієнтовна кількість сеансів (діалізів) в ЗОЗ в цілому / кількість епізодів за даними НСЗУ					
		01.10.2022 - 30.09.2023	01.10.2022 - 30.09.2023	2022	2022	2021	2021
		Гемодіаліз	Перитонеальний діаліз	Гемодіаліз	Перитонеальний діаліз	Гемодіаліз	Перитонеальний діаліз
КНП "ЧЕРНІГІВСЬКА МІСЬКА ЛІКАРНЯ № 2" ЧЕРНІГІВСЬКОЇ МІСЬКОЇ РАДИ	КНП "Чернігівська міська лікарня №2" Чернігівської міської ради	1647 / 20	0	2547 / 20	0	1152 / 18	0
ТОВАРИСТВО З ОБМЕЖЕНОЮ ВІДПОВІДАЛЬНІСТЮ "ФРЕЗЕНІУС МЕДИКАЛ КЕР УКРАЇНА"	Медичний центр ТОВ "Фрезеніус Медикал Кер Україна" у м. Чернігів	25549 / 101	4120 / 2	48463 / 96	7020 / 3	43626 / 109	1800 / небуло
КНП "ЧЕРНІГІВСЬКА ОБЛАСНА ЛІКАРНЯ" ЧЕРНІГІВСЬКОЇ ОБЛАСНОЇ РАДИ	1) КНП "Чернігівська обласна лікарня" Чернігівської обласної ради	10452 / 45	1420 / 6	25250 / 44	2919 / 6	23728 / 90	1751 / 12
КНП "ЧЕРНІГІВСЬКА ОБЛАСНА ЛІКАРНЯ" ЧЕРНІГІВСЬКОЇ ОБЛАСНОЇ РАДИ	2) ВІДОКРЕМЛЕНИЙ СТРУКТУРНИЙ ПІДРОЗДІЛ ВІДДІЛЕННЯ АМБУЛОТОРНО	/ 39	0	/ 37		/ 40	

	ГО ДІАЛІЗУ М.НІЖИН						
КНП "ЧЕРНІГІВСЬКА ОБЛАСНА ЛІКАРНЯ" ЧЕРНІГІВСЬКОЇ ОБЛАСНОЇ РАДИ	3) ВІДОКРЕМЛЕНИ Й СТРУКТУРНИЙ ПІДРОЗДІЛ ВІДДІЛЕННЯ АМБУЛОТОРНО ГО ДІАЛІЗУ М.КОРЮКІВКА	/ 11	0	/ 13		/ 16	
КНП "ЧЕРНІГІВСЬКА ОБЛАСНА ЛІКАРНЯ" ЧЕРНІГІВСЬКОЇ ОБЛАСНОЇ РАДИ	4) ВІДОКРЕМЛЕНИ Й СТРУКТУРНИЙ ПІДРОЗДІЛ ВІДДІЛЕННЯ АМБУЛОТОРНО ГО ДІАЛІЗУ М.ПРИЛУКИ	/ 28	0	/ 25		/ 35	
КНП "ЧЕРНІГІВСЬКИЙ МЕДИЧНИЙ ЦЕНТР СУЧАСНОЇ ОНКОЛОГІЇ" ЧЕРНІГІВСЬКОЇ ОБЛАСНОЇ РАДИ	КНП "Чернігівський медичний центр сучасної онкології" Чернігівської обласної ради	46 / 1-2	0	349 / 1-2	0	1716 /	0

Додаток В, частина І (до розділу епідеміологія). Розповсюдженість послуги гемодіалізу та кількість пацієнтів, що потребують цієї послуги.

Область	Всього населення	Всього гемодіалітичних пацієнтів в	Коефіцієнт пацієнтів Гемодіаліз, на 1000 населення (НСЗУ)	Кількість візитів на гемодіаліз на І-го пацієнта у середньому	Всього апаратів*	Пацієнтів на І апарат (НСЗУ)*	Гемодіалізів на І апарат*
---------	------------------	------------------------------------	---	---	------------------	-------------------------------	---------------------------

		(НСЗУ)		(НСЗУ)			
Дніпропетровська	2 813 710	681	0,24	91,8	110	6,2	568,2
Запорізька	930 551	624	0,67	58,4	112	5,6	325,3
Київська (без м. Київ)	1 828 763	440	0,24	91,1	78	5,6	514,0
Київ	2 528 702	2 816	1,11		333	8,5	448,6
Миколаївська	860 229	263	0,31	86,4	57	4,6	398,5
Сумська	892 285	339	0,38	108,5	67	5,1	548,8
Харківська	2 027 322	599	0,30	73,2	86	7,0	510,1
Херсонська	312 466	61	0,20	51,9	35	1,7	90,4
Чернігівська	827 048	439	0,53	76,1	96	4,6	348,0
Разом (8 областей та м. Київ)	13 021 076	6 262	0,48	68,4	974	6,4	439,8
Київ+область	4 357 465	1 064	0,24		190	5,6	402,8
Загалом по Україні	31 892 878	14 858	0,47		2 116	7,0	476,6

*Щодо кількості апаратів, то немає впевненості, що приватні заклади точно подають інформацію.

Додаток В, частина 2 (до розділу епідеміологія). Розповсюдженість послуг хіміо- та радіотерапія та кількість пацієнтів, що потребують цієї послуги.

Область	Всього населення	Всього пацієнтів Хіміотерапії (НСЗУ)	Коефіцієнт пацієнтів Хіміотерапії, на 1000 населення	Всього пацієнтів Радіотерапії (НСЗУ)	Коефіцієнт пацієнтів Радіотерапії, на 1000 населення
Дніпропетровська	2 813 710	9 586	3,41	4 060	1,44
Запорізька	930 551	2 612	2,81	1 254	1,35
Київська (без м. Київ)	1 828 763	1 498	0,82	1 408	0,77
Київ	2 528 702	17 214	6,81	4 439	1,76
Миколаївська	860 229	4 320	5,02	545	0,63
Сумська	892 285	2 981	3,34	1 670	1,87
Харківська	2 027 322	4 953	2,44	845	0,42
Херсонська	312 466	1 118	3,58	249	0,80
Чернігівська	827 048	2 234	2,70	1 389	1,68
Разом (8 областей та м. Київ)	13 021 076	46 516	3,57	15 859	1,22
Київ+область	4 357 465	18 712	4,29	5 847	1,34
Загалом по Україні	31 892 878	105 353	3,30	37 795	1,19

Додаток Г (до розділу епідеміологія). Розрахункова кількість циклів хіміотерапії для нововиявлених пацієнтів у Чернігівській області у 2021-у році.

1	2	3	4	5	6	7	8
Локалізація пухлин	Чернігівська обл., захворюваність на 100 000 населення, 2021	Населення Чернігівської області у 2021	Розрахункова кількість нових пацієнтів у Чернігівській області у 2021	Оптимальне використання хіміотерапії	Оціночна кількість нововиявлених пацієнтів, що отримали хіміотерапію у Чернігівській області у 2021	Усереднена кількість циклів хіміотерапії на рік	Оціночна кількість циклів хіміотерапії у Чернігівській області у 2021
Губи та ротова порожнина	10,8	959 300	104	22,9	24	3	71
Глотка	10,4	959 300	100	71	71	5	354
Стравохід	6,9	959 300	66	72,5	48	5	240
Шлунок	24,6	959 300	236	83	196	5	979
Ободова кишка	21,7	959 300	208	55,3	115	6	691
Пряма кишка	25,6	959 300	246	64,2	158	6	946
Печінка	4	959 300	38	52	20	3	60
Підшлункова залоза	14,5	959 300	139	35,5	49	4	198
Легені	33,6	959 300	322	73,2	236	6	1416
Меланома	8,5	959 300	82	18,6	15	4	61
Молочна залоза	42,2	959 300	405	67	271	6	1627
Шийка матки	10,9	959 300	105	51,4	54	6	322
Яєчник	12,4	959 300	119	84,2	100	6	601
Передміхурова залоза	21,7	959 300	208	15,4	32	6	192
Нирки	14,3	959 300	137	32,7	45	3	135
Центральна нервова система	5,2	959 300	50	72,2	36	4	144
Сечовий міхур	10,9	959 300	105	72,8	76	3	228
Щитоподібна залоза	8,3	959 300	80	13,2	11	3	32
Лімфома Ходжкіна	1,7	959 300	16	95	15	6	93

Неходжкінські лімфоми	8,7	959 300	83	84	70	6	421
Множинна міелома	2	959 300	19	93,8	18	6	108
Лейкемія	9,7	959 300	93	85,6	80	6	478
Інші	8,8	959 300	84	50	42	4	169
Всього			3 045		1 782		9 565

Додаток Д (до розділу епідеміологія). Розрахункова кількість циклів хіміотерапії для нововиявлених пацієнтів в Україні у 2021-у році.

1	2	3	4	5	6	7
Локалізація пухлин	Оптимальне використання хіміотерапії	Захворюваність в Україні, 2021	Оціночна кількість нововиявлених пацієнтів, що отримали хіміотерапію в Україні у 2021	Усереднена кількість циклів хіміотерапії на рік	Оціночна кількість циклів хіміотерапії в Україні у 2021	Світовий показник захворюваності, 2018
Губи та ротова порожнина	22,9	2 473	566	3	1 699	354 864
Глотка	71	2 249	1 597	5	7 984	221 966
Стравохід	72,5	1 455	1 055	5	5 274	572 034
Шлунок	83	6 145	5 100	5	25 502	1 033 701
Ободова кишка	55,3	8 300	4 590	6	27 539	1 096 601
Пряма кишка	64,2	7 148	4 589	6	27 534	704 376
Печінка	52	1 556	809	3	2 427	841 080
Підшлункова залоза	35,5	4 035	1 432	4	5 730	458 918
Легені	73,2	10 432	7 636	6	45 817	2 093 876
Меланома	18,6	2 845	529	4	2 117	287 723
Молочна залоза	67	14 150	9 481	6	56 883	2 088 849
Шийка матки	51,4	3 425	1 760	6	10 563	569 847
Яечник	84,2	3 172	2 671	6	16 025	295 414
Передміхурова залоза	15,4	7 220	1 112	6	6 671	1 276 106
Нирки	32,7	4 026	1 317	3	3 950	403 262

Центральна нервова система	72,2	1 682	1 214	4	4 858	296 851
Сечовий міхур	72,8	3 646	2 654	3	7 963	549 393
Щитоподібна залоза	13,2	2 900	383	3	1 148	567 233
Лімфома Ходжкіна	95	770	732	6	4 389	79 990
Неходжкінські лімфоми	84	2 120	1 781	6	10 685	509 590
Множинна міелома	93,8	769	721	6	4 328	159 985
Лейкемія	85,6	2 654	2 272	6	13 631	437 033
Інші	50	2 362	1 181	4	4 724	1 154 787
Всього		120 055			297 441	17 036 902

Додаток Е (до розділу епідеміологія). Кількість пролікованих випадків та епізодів хіміо- та радіотерапії в ЗОЗ Чернігівської області згідно даних НСЗУ.

Назва ЗОЗ	Назва філії	Орієнтовна кількість пролікованих випадків (хіміо-радіотерапія) в ЗОЗ в цілому / кількість епізодів за даними НСЗУ					
		01.10.2022-30.09.2023	01.10.2022-30.09.2023	2022	2022	2021	2021
		Хіміотерапія	Радіотерапія	Хіміотерапія	Радіотерапія	Хіміотерапія	Радіотерапія
КНП "ЧЕРНІГІВСЬКА ОБЛАСНА ЛІКАРНЯ" ЧЕРНІГІВСЬКОЇ ОБЛАСНОЇ РАДИ	1) КНП "Чернігівська обласна лікарня" Чернігівської обласної ради	35 / 152	0	94 / 93		156 / 608	
КНП "ЧЕРНІГІВСЬКА ОБЛАСНА ЛІКАРНЯ" ЧЕРНІГІВСЬКОЇ ОБЛАСНОЇ РАДИ	2) ВІДОКРЕМЛЕНИЙ СТРУКТУРНИЙ ПІДРОЗДІЛ ВІДДІЛЕННЯ АМБУЛОТОРНОГО ДІАЛІЗУ М.НІЖИН	0	0	0		/ 2	
КНП "ЧЕРНІГІВСЬКИЙ МЕДИЧНИЙ ЦЕНТР СУЧАСНОЇ ОНКОЛОГІЇ" ЧЕРНІГІВСЬКОЇ ОБЛАСНОЇ РАДИ	КНП "Чернігівський медичний центр сучасної онкології" Чернігівської обласної ради	1131 / 6448	1143 / 1832	1171 / 5490	1661 / 1197	1777 / 6604	1397 / 1098

КНП "ЧЕРНІГІВСЬКА ОБЛАСНА ДИТЯЧА ЛІКАРНЯ" ЧЕРНІГІВСЬКОЇ ОБЛАСНОЇ РАДИ	КНП "Чернігівська обласна дитяча лікарня" Чернігівської обласної ради	0 / 9	0	26 / 4	40 / 184
---	--	-------	---	--------	----------

**Додаток Є, частина І (до розділу епідеміологія). Розповсюдженість послуги
мамографія та кількість осіб, що потребують цієї послуги.**

Область	Всього населення	Кількість пацієнтів Мамографія (розраховано як Сума оплат за область поділена на стандартну вартість мамографії у ПМГ)	Коефіцієнт Мамографія	Кількість мамографів*	Кількість діючих мамографів*	Навантаженн я на один діючий мамограф*
Дніпропетровська	2 813 710	58 264	20,7	37	33	1 765,6
Запорізька	930 551	12 933	13,9	17	14	923,8
Київська (без м. Київ)	1 828 763	11 046	6,0	23	22	502,1
Київ	2 528 702	100 051	39,6	76	62	1 613,7
Миколаївська	860 229	5 322	6,2	6	4	1 330,5
Сумська	892 285	16 703	18,7	12	11	1 518,5
Харківська	2 027 322	46 203	22,8	37	28	1 650,1
Херсонська	312 466	1 936	6,2	6	4	484,0
Чернігівська	827 048	12 755	15,4	11	8	1 594,4
Разом (8 областей та м. Київ)	13 021 076	265 213	20,4	225	186	1 425,9
Київ+область	4 357 465	111 097	32,8	99	84	1 322,6
Загалом по Україні	31 892 878	864 526	27,1	454	366	2 362,1

*Щодо кількості апаратів, то немає впевненості, що приватні заклади точно подають інформацію.

**Додаток Є, частина 2 (до розділу епідеміологія). Розповсюдженість послуги
реабілітація та кількість пацієнтів, що потребують цієї послуги, а також кількість
пацієнтів, що перенесли інсульт.**

Область	Всього населення	Кількість реабілітаційних пацієнтів (НСЗУ) - не унікальні	Реабілітаційні направлення (виписані)	Всього реабілітаційних послуг (Погашені)	Конверсія направлення в погашені	Коефіцієнт пацієнтів амбулаторної реабілітації на 1000 населення	Кількість пацієнтів ІНСУЛЬТИ (НСЗУ)	Коефіцієнт пацієнтів з інсультом, на 1000 населення
Дніпропетровська	2 813 710	23 987	61 053	52 648	0,86	8,53	10 824	3,85
Запорізька	930 551	8 250	20 380	16 981	0,83	8,87	3 700	3,98
Київська (без м. Київ)	1 828 763	5 423	7 596	6 271	0,83	2,97	6 902	3,77
Київ	2 528 702	30 194				11,94	11 345	4,49
Миколаївська	860 229	5 560	11 684	10 006	0,86	6,46	3 479	4,04
Сумська	892 285	13 898	25 121	22 053	0,88	15,58	3 848	4,31
Харківська	2 027 322	11 498	30 463	27 472	0,90	5,67	8 844	4,36
Херсонська	312 466	250	1 009	544	0,54	0,80	931	2,98
Чернігівська	827 048	3 390	9 128	7 460	0,82	4,10	4 137	5,00
Разом (8 областей та м. Київ)	13 021 076	102 450	166 434	143 435	0,86	7,87	54 010	4,15
Київ+область	4 357 465	35 617	7 596	6 271	0,83	8,17	18 247	4,19
Загалом по Україні	31 892 878	202 578				6,35	115 520	3,62

Додаток Ж. Огляд систем транспортування пацієнтів наявних в Україні на прикладі переважно Чернігівської області, а також Хмельницької громади та Uklon.

Дані Громад	Громада	Тип авто	Бюджет/рік	Вартість за год	Вартість за КМ
Буде створено систему	Прилуки	Легкове (Адаптоване)	-	-	35,1
	Остерська	Мікроавтобус (Адаптований)	220 000	-	11,2
Існують системи	Височанська	Мікроавтобус (Адаптований)	20 000	-	-
	Чернігів	Легкове (Адаптоване)	-	112,3	4,3
		Легкове (Адаптоване)	-	135,6	3,2
	Варва	Легкове	80 000	-	-
	Носівка	Мікроавтобус (Адаптований)	-	153,0	-
		Громадський транспорт	-	-	2,8
Компенсують	Новгород-Сіверський	Легкове(компенсація палива 2-м пацієнтам)	440 400	-	4,6
		Громадський транспорт	390 000	-	2,0
	Семенівська	Громадський транспорт	102 960	-	1,6
	Талалаївська	Громадський транспорт	6 000	-	-
	Седнівська	Громадський транспорт	42 120	-	2,5
	Мринська	Громадський транспорт	40 000	-	2,8
Будуть	Ніжин	Мікроавтобус	600 000	-	41,9

закуповувати		(Адаптований)			
Закуповують	Хмельницький	Мікроавтобус (Адаптований)	1 000 000	-	21,7
		Легкове	800 000	-	20,0
UKLON	Київ	Мікроавтобус та легковий (Адаптовані)	-	-	26,1

*фінальна вартість поїздки складається з суми витрат за км та за год поїздки. Червоним - розрахункові величини, зеленим - відкриті дані, дані від громад у відповідях на запит тощо.

Додаток З. Приклад розрахунку бюджету ОТГ по статтях витрат при наявності у громади власної системи транспортування пацієнтів, коли автотранспортний засіб належить ЗОЗ (ОТГ компенсує витрати ЗОЗ на транспортування). Наталинська громада Красноградського району Харківської області.

Статті витрат	Вартість, УАН	
	2023	2024
Бюджет	247 572	259 730
Автозапчастини	31 034	4 780
Паливо	192 305	231 370
Ремонт авто	3 855	2 700
Страховка водія	381	200
Медичний огляд водія	1 165	1 640
ЗП водія	18 832	19 040
Відстань	48 300	48 300

Додаток К. Тарифи на транспортні послуги, що надаються Чернігівським міським територіальним центром соціального обслуговування (надання соціальних послуг) Чернігівської міської ради з 01 січня 2023 року³³

³³ [Чернігівський міський територіальний центр соціального обслуговування \(надання соціальних послуг\) Чернігівської міської ради](#)

№ з/п	Назва заходу	Одиниця вимірювання	Витрати часу на надання послуги/здійснення заходу, хвилин	Вартість послуги протягом однієї людино-години, грн.	Вартість послуги 100%, грн.	Диференційована вартість послуги 75%, грн.
1	Автомобіль RENAULT DOKKER	Одна послуга	1 година		112,31	84,23
			1 км		4,32	3,24
2	Автомобіль PEUGEOT PARTNER TEREE	Одна послуга	1 година		135,62	101,72
			1 км		3,16	2,37

Додаток Л. Огляд закупівель щодо нерегулярних пасажирських перевезень в системі Prozorro, які здійснювали заклади охорони здоров'я (ЗОЗ) по всій підконтрольній Україні території (2022-2023 роки)

Додаток Л. Частина 1. Дані закупівель щодо перевезення пацієнтів нефрологічного профілю на гемодіаліз, у яких можливо розрахувати уніфіковану вартість за 1 км.

Заклад охорони здоров'я	Дані з договорів		Уніфікована вартість за КМ, грн
	Бюджет, грн	Кількість поїздок, шт	
Комунальне некомерційне підприємство "КНП ЦПМСД Полонської міської ради" 41877252	276 543,8		15,0
Комунальне некомерційне підприємство "Березнівський центр ПМД" Березнівської міської рада Рівненського району Рівненської області 04387823	159 000,0	53	22,2

Додаток Л. Частина 2. Дані закупівель, у яких можливо розрахувати уніфіковану вартість за 1 км.

Заклад охорони здоров'я	Дані з договорів		Уніфікована вартість за КМ, грн
	Вартість за КМ, грн	Вартість за ГОД, грн	
Комунальне некомерційне підприємство "КНП ЦПМСД Полонської міської ради" 41877252			15,0
Комунальне некомерційне підприємство "Березнівський центр ПМД" Березнівської міської рада Рівненського району Рівненської області 04387823	Продубльовано дані з Додаток ХХ93. Частина І.		22,2
Комунальне некомерційне підприємство "Лікарня імені братів М.С. і О.С. Коломійченків" Шполянської міської ради об'єднаної територіальної громади 02005496	7,2	87,0	13,5
	7,2	87,0	9,7
	5,1	160,0	18,7
КОМУНАЛЬНЕ НЕКОМЕРЦІЙНЕ ПІДПРИЄМСТВО "МІСЬКА БАГАТОПРОФІЛЬНА КЛІНІЧНА ЛІКАРНЯ МАТЕРІ ТА ДИТИНИ ІМ. ПРОФ. М. Ф. РУДНЕВА" ДНІПРОВСЬКОЇ МІСЬКОЇ РАДИ 01985050	11,5	247,5	36,4
	5,5	149,5	20,5
Комунальне некомерційне підприємство Охтирської міської ради «Охтирська центральна районна лікарня» 02007472	22,6	-	22,6
КОМУНАЛЬНЕ НЕКОМЕРЦІЙНЕ ПІДПРИЄМСТВО «МІСЬКА КЛІНІЧНА ІНФЕКЦІЙНА ЛІКАРНЯ» ОДЕСЬКОЇ МІСЬКОЇ РАДИ 01999023	5,6	204,9	23,9
	7,8	291,9	33,8
КОМУНАЛЬНЕ НЕКОМЕРЦІЙНЕ ПІДПРИЄМСТВО "БЕРЕГІВСЬКА ЛІКАРНЯ ІМЕНІ БЕРТОЛОНА ЛІННЕРА БЕРЕГІВСЬКОЇ МІСЬКОЇ РАДИ" 01992430			31,3
Комунальне некомерційне підприємство «Міська клінічна багатoproфільна лікарня № 25» Харківської міської ради 22689195	7,1	223,0	27,9
	7,1	223,0	23,7
	7,1	223,0	25,9
	7,2	225,7	30,4
Комунальне некомерційне підприємство "Міська лікарня №5" Одеської міської ради 01998957	6,4	69,6	13,0
КОМУНАЛЬНЕ НЕКОМЕРЦІЙНЕ ПІДПРИЄМСТВО "МІСЬКА ЛІКАРНЯ № 8" ОДЕСЬКОЇ МІСЬКОЇ РАДИ 05446384	10,3	71,9	15,2
КОМУНАЛЬНЕ НЕКОМЕРЦІЙНЕ ПІДПРИЄМСТВО «МІСЬКА КЛІНІЧНА ІНФЕКЦІЙНА ЛІКАРНЯ» ОДЕСЬКОЇ МІСЬКОЇ РАДИ 01999023	10,3	71,9	15,2
КОМУНАЛЬНЕ НЕКОМЕРЦІЙНЕ ПІДПРИЄМСТВО	-	85,0	-

Заклад охорони здоров'я	Дані з договорів		Уніфікована вартість за КМ, грн
	Вартість за КМ, грн	Вартість за ГОД, грн	
«ОБЛАСНА КЛІНІЧНА ДИТЯЧА ЛІКАРНЯ КІРОВОГРАДСЬКОЇ ОБЛАСНОЇ РАДИ» 01994921	-	85,0	-
Комунальне некомерційне підприємство "КОРСУНЬ-ШЕВЧЕНКІВСЬКА БАГАТОПРОФІЛЬНА ЛІКАРНЯ" Корсунь-Шевченківської міської ради Черкаської області 02005349	25	1,8 грн за 1 хв простою	30,0
	25		32,3
	25		31,6
	27	1,2 грн за 1 хв простою	29,4
	22		26,4
	27		31,6
	20		27,2
	15		26,7
Середня вартість, грн	13,7	156,6	24,9

Додаток Л. Частина 3.1. Дані закупівель оплачені за послугу: організація автобусних перевезень за попередньо встановленими маршрутами.

Заклад охорони здоров'я	Вартості поїздок, грн	Уніфікована вартість за КМ, грн
КОМУНАЛЬНЕ НЕКОМЕРЦІЙНЕ ПІДПРИЄМСТВО СЛОВ'ЯНСЬКОЇ МІСЬКОЇ РАДИ "МІСЬКА ЛІКАРНЯ № 1 М. СЛОВ'ЯНСЬКА" 01991139	1380 - 1800	56,3 - 90,0
Комунальне некомерційне підприємство Слов'янської міської ради "Міська клінічна лікарня м. Слов'янська" 01991197	1080 - 1800	41,5 - 96,0

Додаток Л. Частина 3.2. Дані закупівель оплачені за послугу, без деталізації.

Заклад охорони здоров'я	Бюджет, грн
КОМУНАЛЬНЕ НЕКОМЕРЦІЙНЕ ПІДПРИЄМСТВО СТРИЙСЬКОЇ МІСЬКОЇ РАДИ "СТРИЙСЬКА ЦЕНТРАЛЬНА РАЙОННА ЛІКАРНЯ" 13802089	8 798
КОМУНАЛЬНЕ НЕКОМЕРЦІЙНЕ ПІДПРИЄМСТВО "КАХОВСЬКА ЦЕНТРАЛЬНА МІСЬКА ЛІКАРНЯ ІМЕНІ РОДИНИ ПАНКЕЄВИХ КАХОВСЬКОЇ МІСЬКОЇ РАДИ"	15 000

Заклад охорони здоров'я	Бюджет, грн
02004025	
КОМУНАЛЬНЕ НЕКОМЕРЦІЙНЕ ПІДПРИЄМСТВО "НІЖИНСЬКА ЦЕНТРАЛЬНА МІСЬКА ЛІКАРНЯ ІМЕНІ МИКОЛИ ГАЛИЦЬКОГО" НІЖИНСЬКОЇ МІСЬКОЇ РАДИ ЧЕРНІГІВСЬКОЇ ОБЛАСТІ 02774125	100 000
Комунальне некомерційне підприємство "Дунайська обласна лікарня" Одеської обласної ради" 01982146	14 200
	13 500
	22 500
	508,3
	673,5
	808,3
	866,1
	989,5
	1 119,00
	1 253,60
	1 277,80
	1 285,70
	1 344,80
КОМУНАЛЬНЕ НЕКОМЕРЦІЙНЕ ПІДПРИЄМСТВО "ЗОЛОТОНІСЬКА БАГАТОПРОФІЛЬНА ЛІКАРНЯ" ЗОЛОТОНІСЬКОЇ МІСЬКОЇ РАДИ 02005303	1 655,70
	2 461,00

Додаток Л. Частина 4. Дані закупівель оплачені за схемою "таксомату".

	Деталі умов	Мінімальний
--	-------------	-------------

Заклад охорони здоров'я		тариф, грн
Комунальне некомерційне підприємство "КОРСУНЬ-ШЕВЧЕНКІВСЬКА БАГАТОПРОФІЛЬНА ЛІКАРНЯ" Корсунь-Шевченківської міської ради Черкаської області 02005349	від 15 до 25 грн за км	від 44 до 55 грн
	Час очікування - від 1,2 до 1,8 грн/хв	
Комунальне некомерційне підприємство "Білгород-Дністровська міська багатoproфільна лікарня" 01998667	Поза містом: до 2-х км - 8,0 грн/км,	55
	після 2-х км - 14,0 грн/км	
КОМУНАЛЬНЕ НЕКОМЕРЦІЙНЕ ПІДПРИЄМСТВО "ЧЕРКАСЬКА ОБЛАСНА ДИТЯЧА ЛІКАРНЯ ЧЕРКАСЬКОЇ ОБЛАСНОЇ РАДИ" 37478567	По місту - 10,0 грн/км	50 (включаючи виклик авто та 2 км по місту)
	поза містом - 14,0 грн/км	
	поза місто (в обидві сторони) - 8,0 грн/км	
	очікування від 5 хв - 1,5 грн/хв	
	виклик авто - 20 грн/км	
	націнка за пасажирів починаючи з 5-го (для мінівена) - 30 грн/особа	
Комунальне підприємство "Нікопольська лікарня" Покровської сільської ради" 05494716	По місту - 9,0 грн/км	50 (подача авто(2 км))
	Поза містом - 12 грн/км	
	очікування - 2 грн/хв	

Додаток М. Розподіл респондентів-пацієнтів за областю та громадою. Примітка: "Другий етап"

Область та громада	Кількість респондентів	% респондентів
Дніпропетровська	220	29%
Кам'янська (Велика ОТГ)	96	13%
Сурсько-Литовська (Мала ОТГ)	72	9%
Царичанська (Середня ОТГ)	52	7%
Харківська	148	19%
Солоницівська (Велика ОТГ)	48	6%
Золочівська (Середня ОТГ)	40	5%

Люботинська (Середня ОТГ)	33	4%
Коломацька (Мала ОТГ)	27	4%
Миколаївська	97	13%
Веснянська (Середня ОТГ)	47	6%
Радсадівська (Мала ОТГ)	28	4%
Новоодеська (Велика ОТГ)	16	2%
Вознесенська (Велика ОТГ)	6	1%
Сумська	85	11%
Роменська (Велика ОТГ)	39	5%
Вільшанська (Мала ОТГ)	20	3%
Нижньосироватська (Середня ОТГ)	18	2%
Верхньосироватська (Середня ОТГ)	8	1%
Запорізька	84	11%
Широківська (Велика ОТГ)	33	4%
Кушугумська (Велика ОТГ)	28	4%
Біленьківська (Середня ОТГ)	23	3%
Київська	67	9%
Білоцерківська (Велика ОТГ)	28	4%
Узинська (Середня ОТГ)	21	3%
Фурсинська (Мала ОТГ)	14	2%
Маловільшанська (Мала ОТГ)	4	1%
Чернігівська	46	6%
Киїнська (Мала ОТГ)	18	2%
Ладанська (Середня ОТГ)	14	2%
Куликівська (Велика ОТГ)	14	2%
Херсонська	21	3%
Херсонська (Велика ОТГ)	21	3%

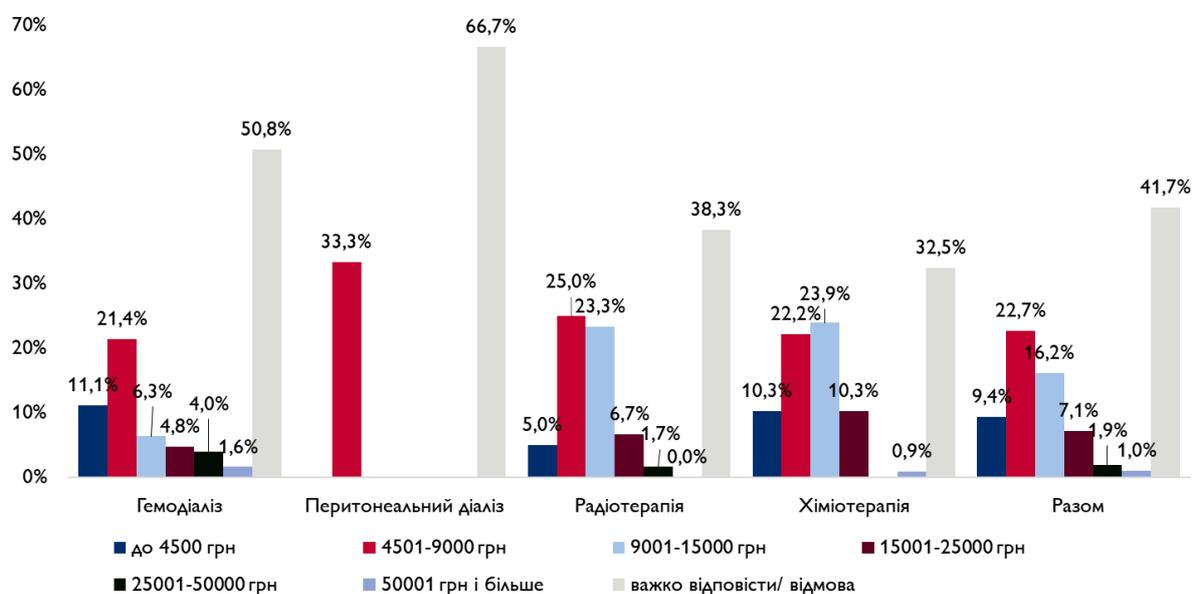
Додаток Н. Розподіл респондентів-пацієнтів за відстанню до лікарні, послугою та областю.

Примітка: “Другий етап”

		Відстань до лікарні, км				
Послуга	Область	до 20	21-50	51-80	81 і більше	Не знаю
Мамографія		36%	26%	10%	3%	25%
	Дніпропетровська	15%	52%	24%	2%	6%
	Запорізька	49%	41%	0%	0%	10%
	Київська	54%	10%	0%	2%	34%
	Миколаївська	48%	14%	0%	0%	38%
	Сумська	24%	21%	7%	0%	48%
	Харківська	20%	19%	22%	14%	25%
	Херсонська	40%	0%	0%	0%	60%

	Чернігівська	67%	19%	4%	0%	11%
Реабілітація		24%	40%	11%	7%	18%
	Дніпропетровська	18%	57%	20%	0%	5%
	Запорізька	40%	47%	0%	2%	12%
	Київська	71%	6%	0%	6%	18%
	Миколаївська	43%	7%	0%	0%	50%
	Сумська	20%	29%	4%	11%	38%
	Харківська	20%	38%	14%	13%	14%
	Херсонська	0%	0%	0%	0%	100%
	Чернігівська	5%	21%	0%	37%	37%

Додаток О. Розподіл опитаних респондентів-пацієнтів в залежності від середньомісячного заробітку домогосподарства (на одного члена родини) за останні 12 місяців в розрізі медичної послуги інтересу, %. Примітка: “Перший етап”

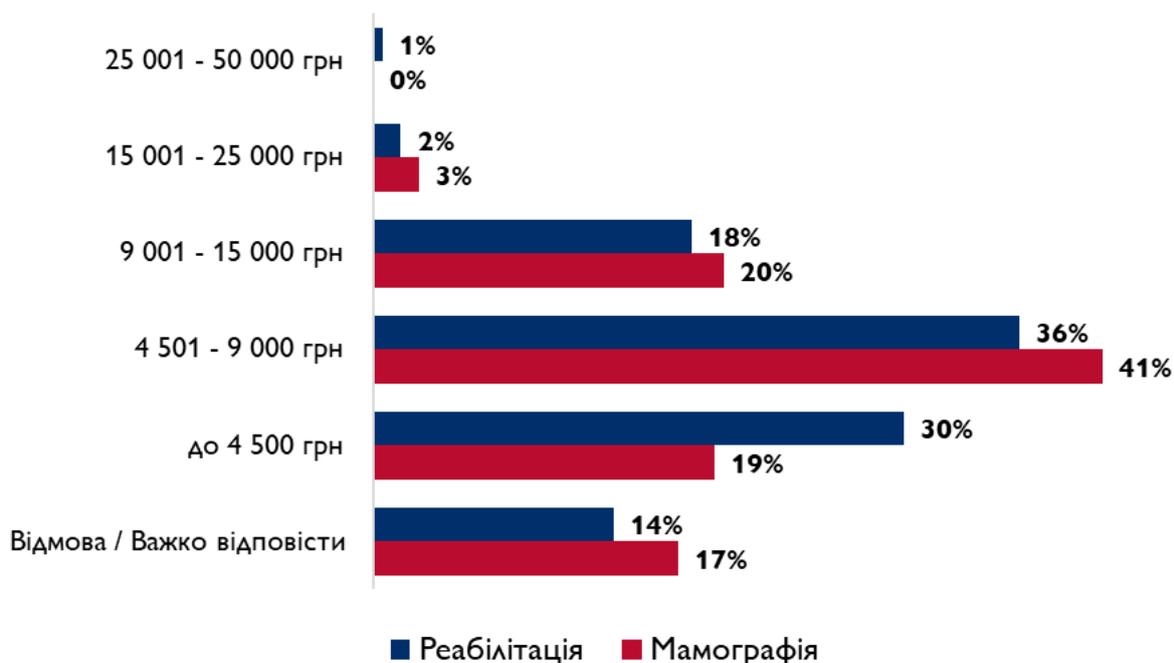


Додаток П. Розподіл опитаних респондентів-пацієнтів в залежності від місця роботи в розрізі медичної послуги інтересу, %. Примітка: “Перший етап”

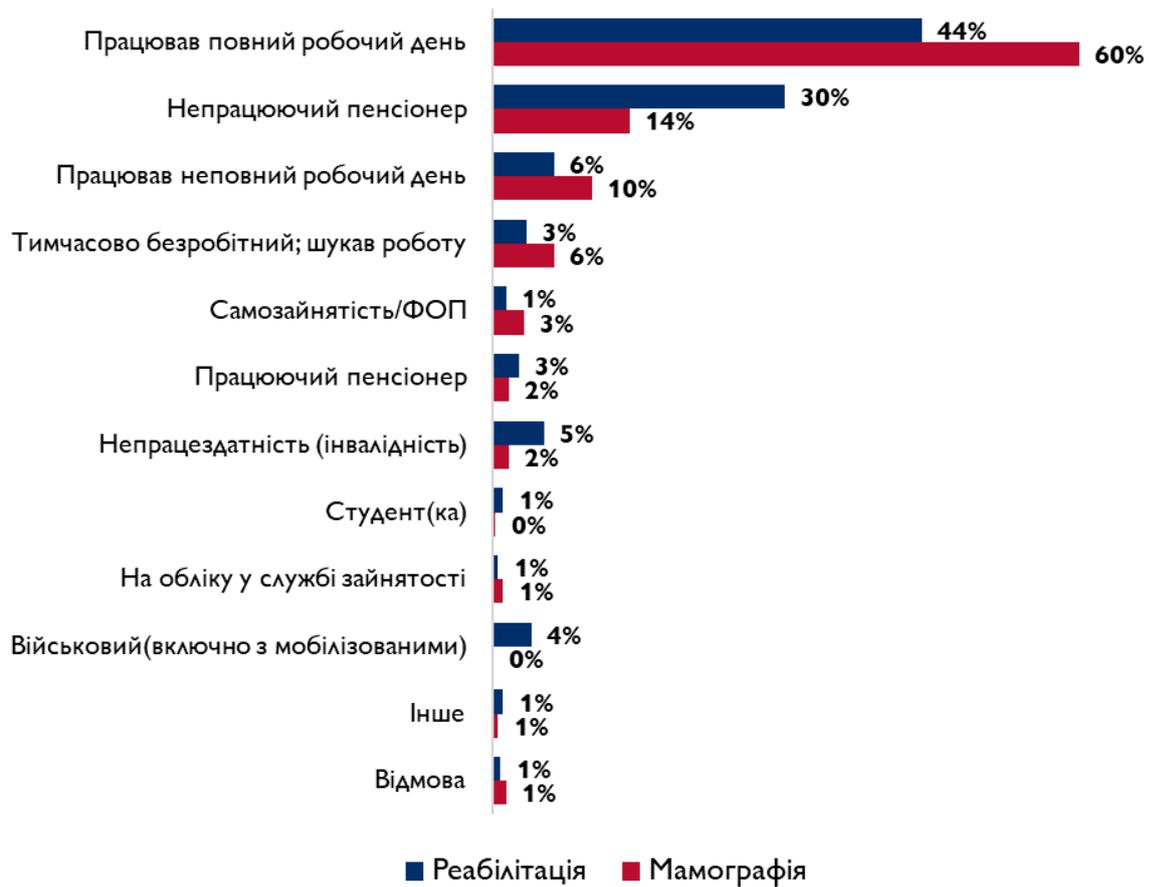
Місце роботи	Гемодіаліз	Перитонеальний діаліз	Радіотерапія	Хіміотерапія	Разом
Всього (кількість)	126	6	60	117	309
Військовий(включно з мобілізованими)	1,6%			1,7%	1,3%
На обліку у службі зайнятості	0,8%			0,9%	0,6%
Працював повний робочий день	3,2%		20,0%	20,5%	12,9%
Працюючий пенсіонер	0,8%		1,7%	3,4%	1,9%

Самозайнятість/ФОП	1,6%		1,7%	0,9%	1,3%
Тимчасово безробітний; шукав роботу	0,8%		1,7%	6,0%	2,9%
Непрацюючий пенсіонер	29,4%	33,3%	66,7%	47,9%	43,7%
Непрацездатність (інвалідність)	58,7%	66,7%	8,3%	16,2%	33,0%
Відмова	2,4%				1,0%
Інше	0,8%			2,6%	1,3%

Додаток Р. Розподіл опитаних респондентів-пацієнтів за середньомісячним заробітком домогосподарства (на одного члена родини). Примітка: “Другий етап”



Додаток С. Розподіл опитаних респондентів-пацієнтів за видом зайнятості. Примітка: “Другий етап”

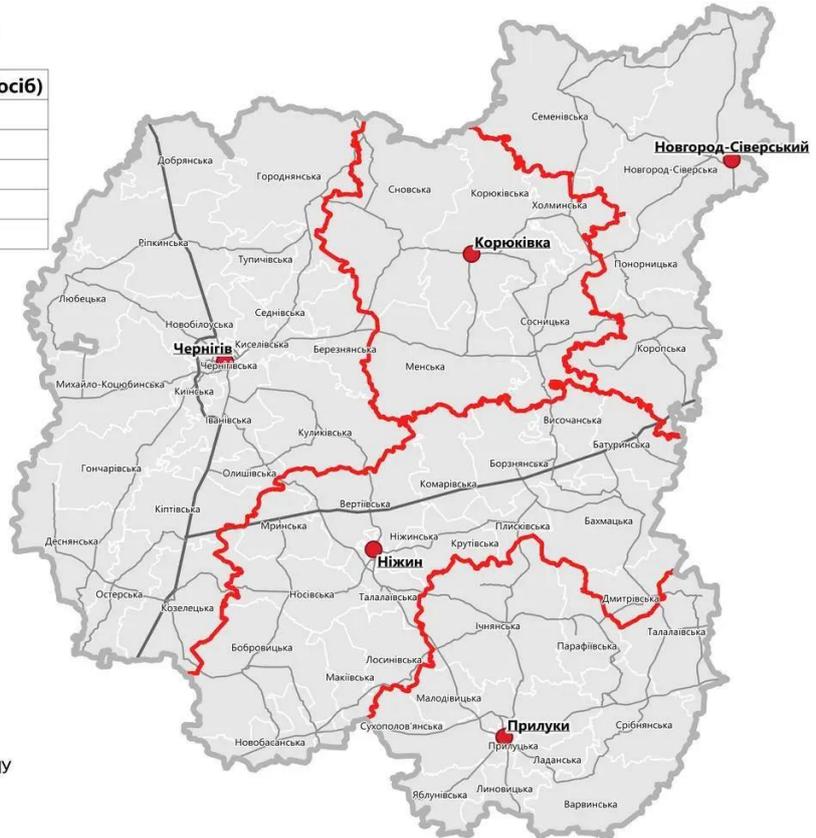


Додаток Т. Адміністративна карта Чернігівської області*

Чернігівська область

Назва	Населення (тис.осіб)
Корюківський	91.7
Ніжинський	228.7
Новгород-Сіверський	66.4
Прилуцький	158.2
Чернігівський	460.9

- Умовні позначення**
- Межі проектних районів
 - Центри проектних районів
 - Межі територіальних громад, затверджених КМУ



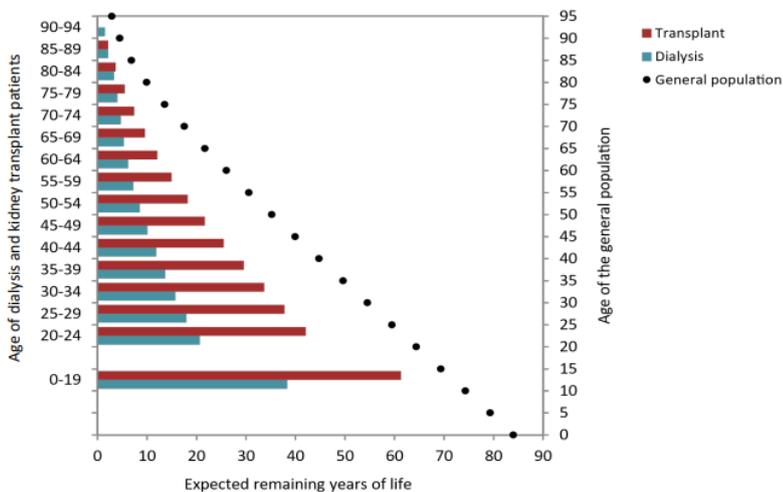
[*https://otg.cn.ua/2020/07/17/news-gromady/zamist-22-h-rajoniv-na-chernigivshhyni-bude-5-karta/](https://otg.cn.ua/2020/07/17/news-gromady/zamist-22-h-rajoniv-na-chernigivshhyni-bude-5-karta/)

Додаток У. Очікувана тривалість життя пацієнтів за віком в залежності від отриманого методу лікування (з ERA-EDTA Registry, Annual Report 2021 (2023 рік) [2]), роки.



Expected remaining lifetime prevalent patients (2017-2021)

Expected remaining years of life of the general population
and of prevalent dialysis and kidney transplant patients



ДЖЕРЕЛА

- [1] England NHS UK, “Improving non-emergency patient transport services. Report of the non-emergency patient transport review”, серпень 2021 року. Покликання: <https://www.england.nhs.uk/wp-content/uploads/2021/08/B0682-final-report-of-the-non-emergency-patient-transport-review.pdf>
- [2] ERA-online “Annual Report 2021, ERA-EDTA Registry”, серпень 2023 року. Покликання: <https://www.era-online.org/wp-content/uploads/2023/08/ERA-Registry-Annual-Report-2021.pdf>
- [3] NHS UK, “Overview-Dialysis”, 29 вересня 2021 року. Покликання: <https://www.nhs.uk/conditions/dialysis/>
- [4] Patient Reported Experience of Kidney Care in the UK 2022, 2023 рік. Покликання: <https://ukkidney.org/sites/renal.org/files/Kidney%20PREM%20Report%202023%20Final.pdf>
- [5] “Patient transport services. An integrated part of the tertiary healthcare system”, Hansen et. al., 2022-2023. Звіт не був опублікований на широкий загал