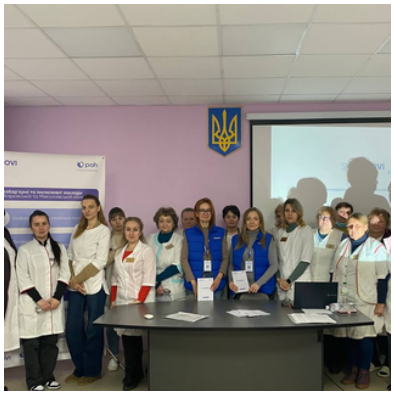
БАРОМЕТР

оцінка поточних викликів та потреб у розвитку/ відновленні системи охорони здоров'я в Україні




8-МА ХВИЛЯ ДОСЛІДЖЕННЯ

IV квартал 2025 року - I квартал 2026 року

2025-2026

www.zdorovi.help

Зміст

МЕТА ПРОЄКТУ 4
МЕТОДОЛОГІЯ ДОСЛІДЖЕННЯ 5
РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ 6

БЛОК S. СОЦІАЛЬНО-ДЕМОГРАФІЧНИЙ 6
Розподіл респондентів за статтю 6
Розподіл респондентів по посадах 6
Регіональний розподіл медичних закладів 7
Розташування закладів за статусом території 7
Тип та форма власності медичних закладів 8

БЛОК M: УПРАВЛІННЯ / СЕРВІС 9
Впровадження електронних сервісів 9
Запобігання неофіційним грошовим чи іншим «подякам» працівникам у медичних закладах 10
Енергоефективність та економія 10
ВИСНОВКИ ДО БЛОКУ M. 13

БЛОК N: ПОТРЕБИ 14
ВИСНОВКИ ДО БЛОКУ N. 16

БЛОК E: НАВЧАННЯ 17
Потреба в навчанні 17
Навички, що будуть актуальні в майбутньому 17
Готовність системи освіти створювати нові кадри і ставитись до медичних братів та сестер, як до рівних лікарям 18
Формати і теми навчання 19
ВИСНОВКИ ДО БЛОКУ E. 22

Результати дослідження є інтелектуальною власністю БО «БФ «НАГД «ЗДОРОВІ».
При використанні матеріалів посилання на першоджерело обов'язкове.

Зміст

БЛОК D: МАРШРУТИЗАЦІЯ ТА СПЕЦІАЛІЗОВАНА ДОПОМОГА 23
Оцінка взаємодії між закладами в регіоні під час складних ситуацій 23
Оцінка рівня підготовки лікарів первинної ланки щодо роботи з пацієнтами, які мають розлади ментального здоров'я та прицес призначення нейролептиків 25
ВИСНОВКИ ДО БЛОКУ D. 27

БЛОК P. МЕНТАЛЬНЕ ЗДОРОВ'Я 28
Психо-емоційні стани пацієнтів: алгоритм виявлення стресу, інформування про підтримку, вплив станів на лікування 28
Оцінка рівня компетенції персоналу та підвищення їхньої кваліфікації 30
Підтримка психологічного здоров'я працівників 31
ВИСНОВКИ ДО БЛОКУ P. 33

БЛОК G: РЕФОРМА ТА ЕФЕКТИВНІСТЬ СИСТЕМИ 34
Відчутні результати реформи та децентралізації 34
Виконання вимог державної політики та НСЗУ 35
Відтік персоналу та пацієнтів 36
Відповідність політики реформи реальним умовам закладів 38
ВИСНОВКИ ДО БЛОКУ G. 40

БЛОК F: ЄВРОІНТЕГРАЦІЯ 41
Труднощі процесів упровадження стандартів Європейського Союзу 41
Зелений курс Європейського Союзу 42
ВИСНОВКИ ДО БЛОКУ F. 43

ЗАГАЛЬНІ ВИСНОВКИ 44

Результати дослідження є інтелектуальною власністю БО «БФ «НАГД «ЗДОРОВІ».
При використанні матеріалів посилання на першоджерело обов'язкове.

Мета проєкту

БЛАГОДІЙНА ОРГАНІЗАЦІЯ «БЛАГОДІЙНИЙ ФОНД «НАЦІОНАЛЬНА АГЕНЦІЯ ГУМАНІТАРНОЇ ДОПОМОГИ «ЗДОРОВІ» (ZDOROVI) розпочала реалізацію проєкту **БАРОМЕТР** у **2022** році з метою вивчення та оцінки динаміки змін у сфері охорони здоров'я, а також стану забезпечення медичних установ та їх можливості надавати якісні медичні послуги в умовах впливу наслідків війни – від кризового стану до післявоєнного відновлення.

Результати проведеного опитування дозволять усім зацікавленим сторонам отримати об'єктивну оцінку експертів галузі та фахівців **на місцях**, щоб спільно **збільшити ефективність** управління державним, приватним і громадським секторами, спрямовану на **розв'язання** актуальних проблем і **створення** сучасної системи охорони здоров'я у післявоєнний період. В оновленому дослідженні зосереджено увагу на опитуванні **двох цільових груп**: керівників закладів охорони здоров'я та пацієнтів, щоб надати найбільш повну та об'єктивну оцінку стану забезпечення закладів охорони здоров'я та якості наданих послуг.

Ініціатор проєкту

ZDOROVI було засновано в липні 2013 року як організацію, що створює освітні та дослідницькі проєкти у сфері охорони здоров'я, що тісно пов'язані з медичною реформою. ZDOROVI реалізувала інноваційні проєкти спільно з UNICEF, WHO, USAID, GIZ, Відродження, Global Giving, International Rescue Committee, Americares, ЄБРР та ін, виконані за дорученням українських урядових установ: Міністерства охорони здоров'я України, Міністерства ветеранів, Міністерства цифрової трансформації України та Національної служби здоров'я України.

На сьогоднішні **ZDOROVI** є одним із лідерів у процесах верифікації потреб та закупівлі для медичного забезпечення лікарень, в проведенні моніторингу доброчесності, розвитку посткризової медичної системи, програм ментальної підтримки медиків, організації адвокаційних тематичних та менеджмент стажувань українських медичних фахівців за кордон та є провайдером поведінкових змін в галузі охорони здоров'я в Україні.

Партнери ZDOROVI

МОЗ УКРАЇНИ та понад 75 міжнародних партнерів та донорів, серед яких UNICEF, Global Giving, International Rescue Committee, AMERICARES, Polish Humanitarian Action, GIZ, SWECARE, ICAP Єднання, Фонд Східна Європа.

Результати дослідження є інтелектуальною власністю БО «БФ «НАГД «ЗДОРОВІ».
При використанні матеріалів посилання на першоджерело обов'язкове.

Методологія дослідження

У звіті представлені результати восьмої хвилі оновленого опитування, **метою** якого є оцінки динаміки змін у сфері охорони здоров'я, а також стану забезпечення медичних установ та їх можливості надавати якісні медичні послуги в умовах впливу наслідків війни – від кризового стану до післявоєнного відновлення. Дослідження також спрямоване на виявлення актуальних потреб у професійному розвитку медичних працівників, ефективності управління, рівня прозорості системи, впровадження сервісів та оцінку ефективності реформ, а також готовність до впровадження енергоефективних рішень та процесів євроінтеграції. Окрема увага приділена аналізу ментального здоров’я персоналу та взаємодії між медичними закладами на рівні регіону.

Зібрані дані дозволяють сформувати актуальну картину викликів, із якими стикаються медичні команди, а також окреслити напрями для підтримки та відновлення системи охорони здоров’я в Україні.

Метод дослідження: онлайн-опитування шляхом самостійного заповнення анкети респондентами за допомогою платформи KoboToolbox.

У цій хвилі дослідження було використано анкету, розроблену із залученням експертів галузі медицини, керівників закладів охорони здоров’я та з урахуванням досвіду критичного реагування БО «БФ «НАГД «ЗДОРОВІ».

Участь у дослідженні взяли 114 лікарів керівної ланки закладів охорони здоров’я – серед яких директори або їхні заступники, завідувачі відділень, директори з медсестринства, а також старші медсестри.

Обмеження дослідження: у межах опитування було використано власну панель медичних закладів, які раніше співпрацювали з Національною агенцією гуманітарної допомоги ZDOROVI. Це означає, що у дослідженні вибірка не є репрезентативною для всієї системи охорони здоров’я України, а отримані результати відображають досвід і думки саме тих установ, які вже були залучені до співпраці з неурядовими організаціями. Проте з огляду на широку географію, типологію закладів, отримані дані можуть бути цінним джерелом для аналізу актуального стану, викликів та тенденцій з якими стикаються заклади СОЗ.

Польовий етап дослідження проводився у період
з 8 грудня 2025 року по 23 січня 2026 року.

Результати дослідження є інтелектуальною власністю БО «БФ «НАГД «ЗДОРОВІ».
При використанні матеріалів посилання на першоджерело обов'язкове.

БЛОК S. СОЦІАЛЬНО-ДЕМОГРАФІЧНИЙ

Розподіл респондентів за статтю

У дослідженні було представлено **76** представниць керівної ланки закладів і **38** представників, що в усій вибірці складало дві третини та третину респондентів відповідно.

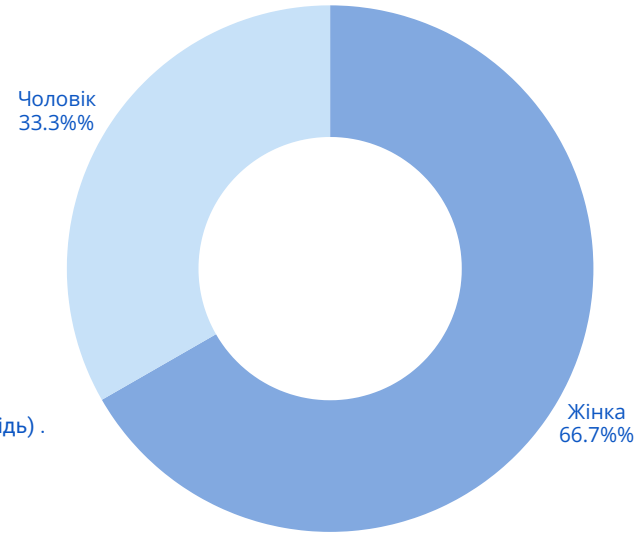


Рисунок 1: Стать респондентів
s3. Зазначте Вашу стать (Лише одна відповідь) .
[% відповідей серед усіх респондентів].

Розподіл респондентів по посадах

У дослідженні взяли участь лікарі керівної ланки закладів охорони здоров'я. Такий вибір респондентів дозволяє отримати всебічну оцінку функціонування медичних закладів – від забезпечення обладнанням, ліками та фінансами до кадрових потреб, рівня сервісу, ментального здоров'я персоналу, інклюзивності, безпеки, фандрейзингової активності та готовності до впровадження змін і цифрових рішень. Окрім цього, керівники закладів мають цілісне уявлення про організаційну структуру установ, кадровий потенціал, а також про особливості внутрішніх управлінських і клінічних процесів. Це дозволяє виявити як локальні, так і системні потреби у функціонуванні медичних закладів на різних рівнях його функціонування.

Поділ респондентів за посадами виглядав наступним чином:

- **Директор або заступник директора – 90,4% (84,6% в 7 хвилі).**
- **Завідувач відділенням – 6,2% (11,5% в 7 хвилі).**
- **Директор з медсестринства, головна або старша медсестра – 3,5%.(3,8% в 7 хвилі).**

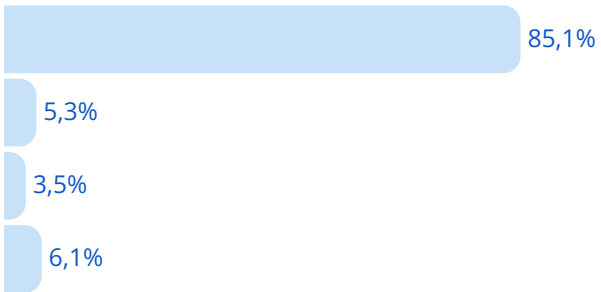


Рисунок 2:
Розподіл респондентів в дослідженні по посадах
S6 Зазначте посаду, яку ви обіймаєте в цьому медичному закладі (Лише одна відповідь).
[% відповідей серед усіх респондентів].

Результати дослідження є інтелектуальною власністю БО «БФ «НАГД «ЗДОРОВІ».
При використанні матеріалів посилання на першоджерело обов'язкове.

Регіональний розподіл медичних закладів

Представленні медичні заклади у дослідженні належать до трьох макрорегіонів:

- **Західний регіон:** *Хмельницька, Волинська, Рівненська, Тернопільська, Івано-Франківська, Чернівецька, Львівська, Закарпатська – **23,7% закладів (26,2% в 7 хвилі)**;*
- **Центрально-Північний регіон:** *Київська, Житомирська, Чернігівська, Кіровоградська, Полтавська, Сумська, Харківська, Черкаська, Вінницька – **51,7% закладів (48,5% в 7 хвилі);***
- **Південно-Східний регіон:** *Донецька, Луганська, Запорізька, Херсонська, Миколаївська, Дніпропетровська, Одеська – **23,7% закладів (25,4% в 7 хвилі)**.*



23,7% Західний регіон
51,7% Центрально-Північний регіон
23,7% Південно-Східний регіон

Рисунок 3: Регіон розміщення медичних закладів
s5. Вкажіть регіон, у якому розміщений цей медичний заклад (Лише одна відповідь).
[% відповідей усіх респондентів].

Розташування закладів за статусом території

Медичні заклади, представлені у дослідженні, переважно розташовані на **територіях, які ніколи не була окупованими – 86,8%**. Лише **13,2% медичних закладів знаходяться на деокупованих територіях**. У порвінянні з минулою хвилею змін, фактично не було.

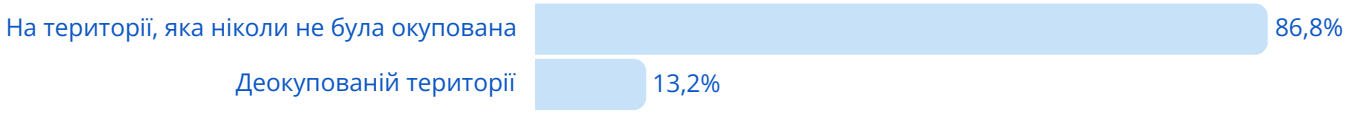


Рисунок 4: Розташування закладів за статусом території
S8. Заклад знаходиться на: (Лише одна відповідь).
[% відповідей серед усіх респондентів].

Результати дослідження є інтелектуальною власністю БО «БФ «НАГД «ЗДОРОВІ».
При використанні матеріалів посилання на першоджерело обов'язкове.

Тип та форма власності медичних закладів

За типом надання медичної допомоги більшість закладів, представлених у дослідженні (**45,5%**), була однакова кількість **закладів, що належать до загальних закладів охорони здоров'я** була однакова кількість закладів, що є **надкластерними і кластерними закладами охорони здоров'я** (**по 10,5%**). **30,7% закладів мають інші типи**, ніж вищеописані. **2,6%** респондентів **не змогли класифікувати медичні заклади** за типом. У порівнянні з минулою хвилею помітно **знизилась частка загальних закладів – з 60% до 45,6%**.

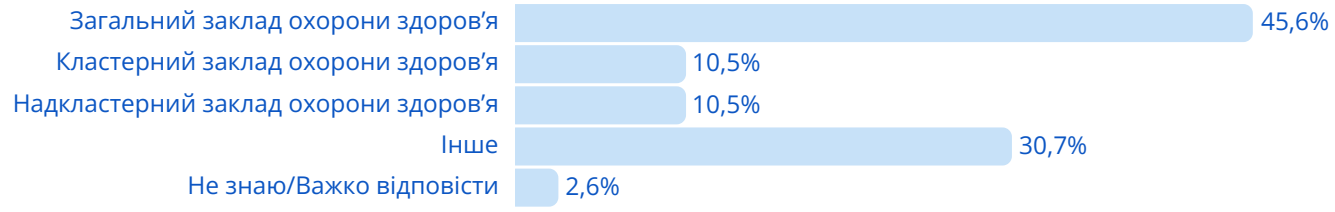
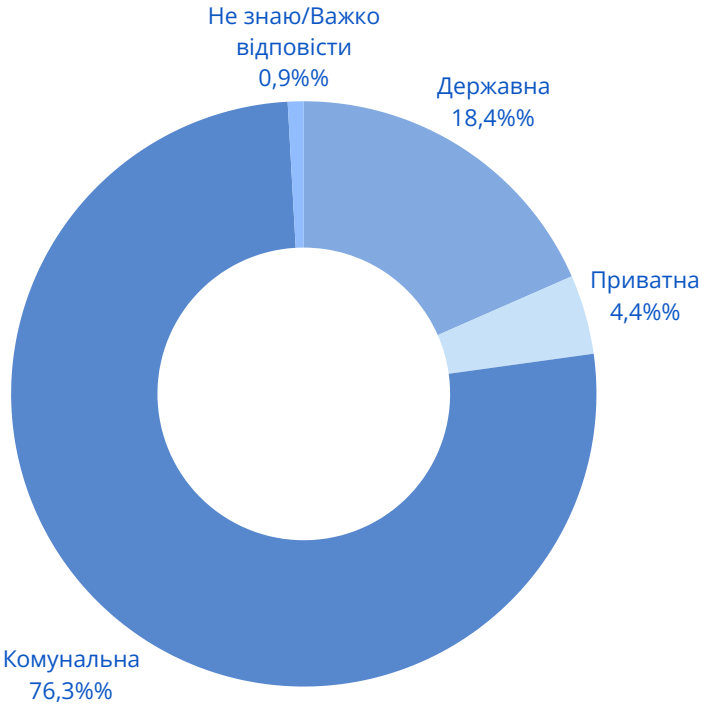


Рисунок 5: Тип медичного закладу
S9. До якого типу належить цей медичний заклад?
(Лише одна відповідь).
[% відповідей серед усіх респондентів].

За формою власності більшість медичних закладів, представлених у дослідженні, мають **комунальну форму власності (76,3%)**, тоді як **18,4% закладів є державними**, **4,4% приватними**. Близько **1%** респондентів не змогли відповісти на питання.

Рисунок 6: Форма власності медичних закладів
S10. Яку форму власності має цей медичний заклад
(Лише одна відповідь) .
[% відповідей серед усіх респондентів].



Результати дослідження є інтелектуальною власністю БО «БФ «НАГД «ЗДОРОВІ».
При використанні матеріалів посилання на першоджерело обов'язкове.

БЛОК М: УПРАВЛІННЯ / СЕРВІС

Впровадження електронних сервісів

Керівникам закладів було запропоновано оцінити рівень впровадження електронних сервсів за п’ятибальною шкалою від «Дуже високий» до «Дуже низький», а також обрати найбільші перешкоди на шляху ефективного їх впровадження

Рівень впровадження електронних сервісів у медзакладах найчастіше оцінюють як середній: так відповіли **49,1%** керівників. Ще **35,1% характеризують його як високий**, Низький рівень зазначають **10,5%**, тоді як дуже високий і дуже низький відмічала однакова кількість респондентів — **2,6%**. Загалом це означає, що електронні сервіси в більшості закладів уже присутні й працюють на базовому або достатньому рівні, однак до повноцінно «високого» стандарту впровадження доходить не всюди, і частина закладів ще не впровадила електронні сервіси.



Рисунок 15: Оцінка рівня впровадження електронних сервісів

m1. Оцініть рівень впровадження електронних сервісів у вашому медзакладі (онлайн-запис, електронна черга, доступ пацієнта до власної медичної картки онлайн тощо): (Лише одна відповідь) [% відповідей серед усіх респондентів].

Серед закладів, які оцінили рівень впровадження електронних сервісів як «середній» або нижче, **найбільшою перешкодою називають нестачу кваліфікованих ІТ-фахівців (57,8%) та недостатнє фінансування (52,1%**). Високими також є частки відповідей про низький рівень цифрової грамотності пацієнтів **(45,1%)** і нестачу технічних ресурсів для цифровізації (**43,7%**).

Загалом результати показують, що ключові бар’єри мають передусім **ресурсний** і **спроможнісний характер** — кадровий, фінансовий, технічний та пов’язаний із цифровими навичками — тоді як **бюрократичні обмеження** відіграють **другорядну** роль.



Рисунок 16: Перешкоди для впровадження електронних сервісів

m1.1. Що, на вашу думку, є найбільшою перешкодою впровадженню електронних сервісів у вашому медичному закладі (онлайн-запис, електронна черга, доступ пацієнта до власної медичної картки онлайн тощо) (Можливо декілька відповідей)
[% відповідей серед респондентів що оцінили рівень впровадження сервісів як «середній» або нижче в m1(n=71)].

Результати дослідження є інтелектуальною власністю БО «БФ «НАГД «ЗДОРОВІ».
При використанні матеріалів посилання на першоджерело обов'язкове.

Запобігання неофіційним грошовим чи іншим «подякам» працівникам у медичних закладах

Задля визначення найбільш ефективних методів запобігання проявів побутової корупції у медичних закладах, респондентів питали які механізми є найбільш ефективними для цього.

Найефективнішими механізмами запобігання неофіційним грошовим чи іншим «подякам» працівникам керівники найчастіше називають **прозору систему оплати та преміювання персоналу — 67,5%**. Також більш ніж половина респондентів вказує на важливість **чітких стандартів комунікації з пацієнтами щодо безкоштовності послуг і каналів офіційних платежів (56,1%)**. Помітно рідше згадуються інструменти внутрішньої організації та культури



Рисунок 17: Механізми запобігання неофіційним грошовим чи іншим «подякам» працівникам
m2. Які механізми є найбільш ефективними для запобігання неофіційним грошовим чи іншим «подякам» працівникам у медичних закладах? (Можливо декілька відповідей). [% відповідей серед усіх респондентів].

Тобто, ключовими важелями протидії неформальним «подякам» респонденти вважають системні фінансові та комунікаційні рішення, тоді як інструменти етики, навчання й зворотного зв'язку розглядаються радше як додаткові.

Енергоефективність та економія

Для оцінки енергоефективності закладів, керівникам ставилися питання про рівень енергоефективності та про проведення аудиту енерговитрат.

Оцінка енергоефективності оцінювалась за п'ятибальною за 5 бальною шкалою від «Дуже високий» до «Дуже низький»

- **Дуже високий:** заклад системно застосовує сучасні методи зменшення енергоспоживання та регулярно оновлює підходи
- **Високий:** більшість базових заходів з енергоефективності впроваджено, проте заклад ще має потенціал для покращення
- **Середній:** заклад має окремі енергоефективні рішення, але значна частина процесів потребує модернізації
- **Низький:** окремі заходи впроваджені, але вони несистемні й не дають відчутного ефекту
- **Дуже низький:** заклад практично не застосовує заходів з енергоефективності; обладнання та інфраструктура застарілі

Загалом домінує сприйняття **«середнього» стану - 53,5%** відповідей, але помітна частка закладів уже бачить проблему енергоефективності як слабке місце, тоді як прикладів справді високого рівня — небагато.

Результати дослідження є інтелектуальною власністю БО «БФ «НАГД «ЗДОРОВІ».
При використанні матеріалів посилання на першоджерело обов'язкове.

Високий рівень зазначають 21,1% керівників, тоді як дуже високий — лише **2,6%**. Натомість **14,9% оцінюють енергоефективність як низьку**, а **5,3%** — як дуже низьку.



Рисунок 18: Оцінка енергоефективності закладів

pm3. Оцініть, наскільки енергоефективним є ваш медичний заклад станом на зараз (Лише одна відповідь). [% відповідей серед усіх респондентів].

Аудит енерговитрат або інші дії, спрямовані на підвищення енергоефективності, у 2025 році проводилися лише у **21,9%** медичних закладів. Частіше респонденти повідомляють, що аудит не проводився: **33,3% зазначають, що його ніколи не здійснювали**, а **30,7%** — що **проводили раніше, але не у 2025 році**. Ще **14,0%** не змогли відповісти. Це може свідчити про те, що системний підхід до енергоефективності поки не є регулярною управлінською практикою для більшості закладів, а значна частина або не має такого досвіду взагалі, або не підтримує його актуальність щорічними діями.

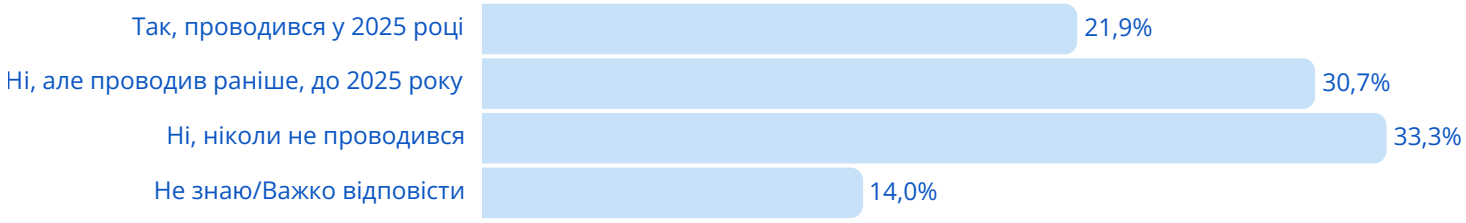


Рисунок 19: Проведення аудиту енерговитрат

m4. Чи проводився у вашому медичному закладі протягом 2025 року аудит енерговитрат або інші дії, спрямовані на підвищення енергоефективності? (Лише одна відповідь). [% відповідей серед усіх респондентів].

Для оцінки найбільш ефективних заходів з економії коштів, що будуть впроваджувати або вже впроваджені, керівникам пропоновувася список заходів, з якого вони могли обрати до п’яти відповідей.

Найчастіше серед уже впроваджених заходів з економії коштів на комунальних послугах керівники називають **просвітницькі заходи для персоналу щодо ощадного використання ресурсів (58,8%)**, **теплоізоляцію будівель (55,3%)** та **перехід на енергоощадне освітлення — LED, датчики руху, автоматичне вимкнення (54,4%)**. Помітно рідше згадують використання альтернативних джерел енергії, зокрема сонячних панелей чи теплових насосів **(36,8%)**, а також оптимізацію графіків роботи обладнання **(32,5%)**.

Результати дослідження є інтелектуальною власністю БО «БФ «НАГД «ЗДОРОВІ».
При використанні матеріалів посилання на першоджерело обов'язкове.

Інші кроки, які потребують більшої технічної модернізації або системного моніторингу, фігурують значно рідше — **модернізація систем опалення та вентиляції (21,1%)**, **оптимізація споживання води (18,4%)** і **централізований енергоменеджмент/ моніторинг споживання енергії (18,4%)**; співпрацю з енергосервісними компаніями в межах програм енергоефективності зазначили **5,3%**.

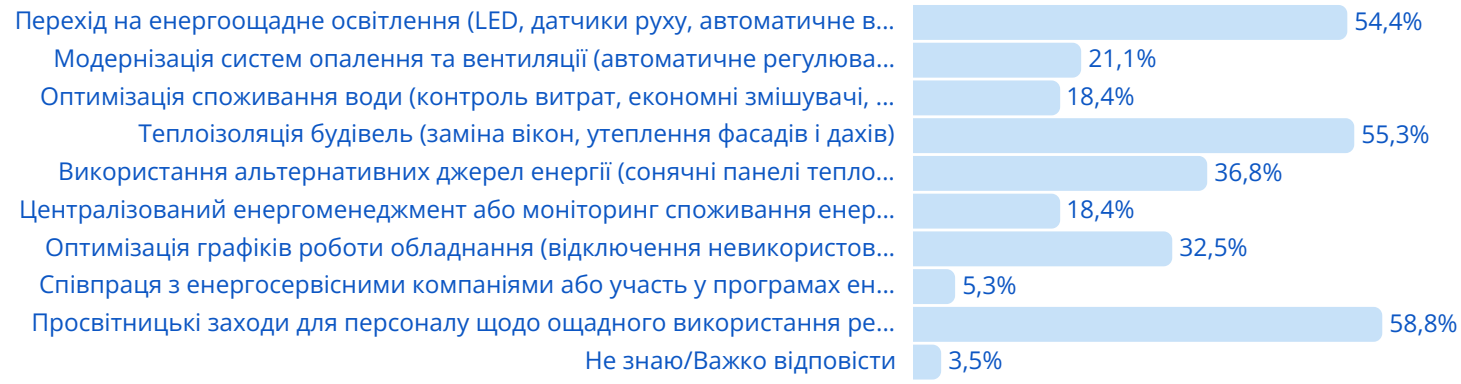


Рисунок 20: Впроваджені заходи з економії коштів

m5. Які найбільш ефективні заходи з економії коштів на комунальних послугах уже впроваджені у вашому медичному закладі? (Можливо декілька відповідей). [% відповідей серед усіх респондентів].

Це показує, що заклади насамперед реалізують відносно доступні та швидкі заходи (поведінкові й базові технічні рішення), тоді як комплексні інвестиційні модернізації та управлінські системи впроваджуються суттєво рідше.

Що стосується запланованих заходів, то найчастіше згадують використання **альтернативних джерел енергії (сонячні панелі, теплові насоси, генератори на біопаливі) — 47,4%**. Далі за поширеністю йде **теплоізоляція будівель (39,5%)**, тоді як **просвітницькі заходи для персоналу щодо ощадного використання ресурсів планують 25,4%**. Наступна група відповідей стосується більш технічних і управлінських рішень: перехід на енергоощадне освітлення та модернізація опалення/вентиляції називають по **22,8%**, а централізований енергоменеджмент або моніторинг споживання енергії й оптимізацію графіків роботи обладнання — по **20,2%**. Рідше планують співпрацю з енергосервісними компаніями в межах програм енергоефективності **(17,5%)** та оптимізацію споживання води **(14,9%)**; частка тих, кому складно відповісти, становить **13,2%**. Це свідчить про зміщення фокусу з відносно простих “швидких” рішень до більш капіталомістких модернізацій та системного енергоменеджменту, які потребують ресурсів і планування.

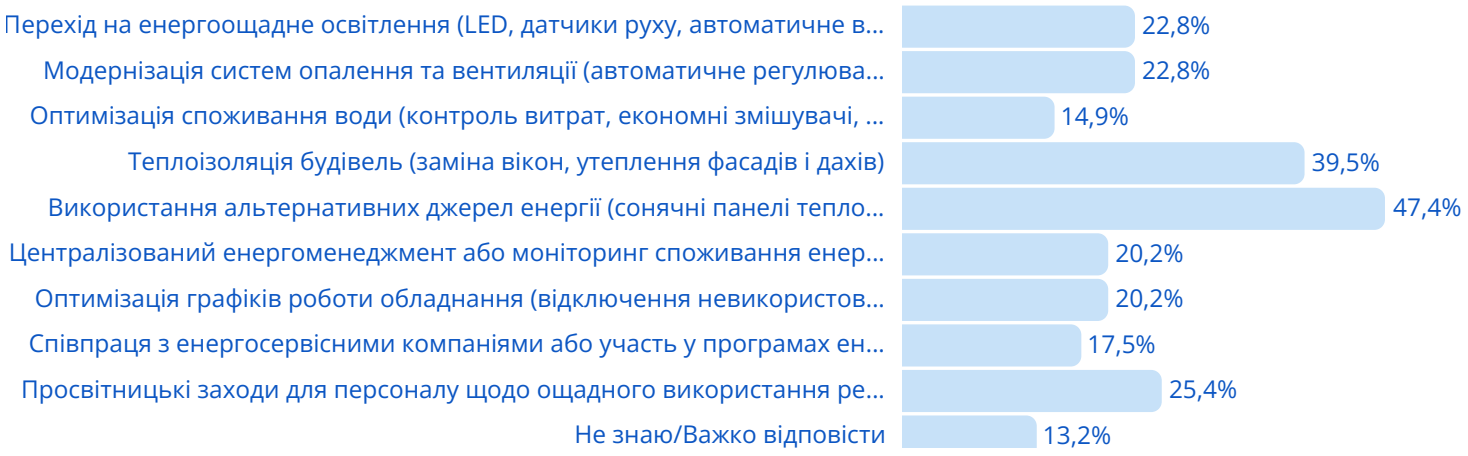


Рисунок 21: Заплановані заходи з економії коштів

m6. Які найбільш ефективні заходи з економії коштів на комунальних послугах плануються впроваджуватися у вашому медичному закладі? (Можливо декілька відповідей). [% відповідей серед усіх респондентів].

Результати дослідження є інтелектуальною власністю БО «БФ «НАГД «ЗДОРОВІ».
При використанні матеріалів посилання на першоджерело обов'язкове.

Висновки до блоку М:

- Рівень впровадження **електронних сервісів** у більшості закладів оцінюється як **середній** (49,1%) або **високий** (35,1%); частка «дуже високих» оцінок мінімальна (2,6%), а низький/дуже низький рівень фіксують 13,1%.
- Серед закладів із «середнім або нижчим» рівнем цифровізації **ключові бар'єри** мають **ресурсний характер**: насамперед **нестача ІТ-фахівців** (57,8%) і **недостатнє фінансування** (52,1%), а також **дефіцит технічних ресурсів та цифрових навичок**, особливо **серед пацієнтів** (45,1%) і частини персоналу; регуляторні та бюрократичні чинники згадуються значно рідше.
- Для **запобігання неофіційним «подякам»** керівники найчастіше роблять ставку на **прозору систему оплати й преміювання** (67,5%) та **чіткі стандарти комунікації з пацієнтами щодо безкоштовності послуг і офіційних платежів** (56,1%), тоді як інструменти внутрішньої організації та етики згадуються помітно рідше.
- **Енергоефективність** закладів найчастіше оцінюють як **середню** (53,5%); високі/дуже високі оцінки дають 23,7%, водночас низький/дуже низький рівень відзначають 20,2%.
- **Практика енергоаудиту** в 2025 році є **нерівномірною**: 21,9% проводили аудит у 2025-му, тоді як 64,0% або не робили його цього року, або не робили ніколи; ще 14,0% не змогли відповісти, що може вказувати на нестачу системності/обліку в цій сфері.
- Уже впроваджені **заходи економії на комунальних послугах** переважно належать до "швидких" рішень: **робота з поведінкою персоналу** (58,8%), **теплоізоляція** (55,3%) та **енергоощадне освітлення** (54,4%). Натомість більш складні інструменти управління енергією та партнерські механізми застосовуються значно рідше.
- У **планах** фокус зсувається в бік дорожчих модернізацій, насамперед альтернативної енергетики (47,4%) та теплоізоляції (39,5%).
- **Рекомендується:**
  1. Для **протидії неофіційним платежам** варто розвивати два механізма, на які самі керівники найбільше спираються: **прозорі правила оплати/преміювання та стандартизовану комунікацію з пацієнтами про безкоштовність послуг і офіційні канали оплат**.
  2. В **енергоефективності** варто закріпити регулярність управлінського циклу: аудит/оцінка → план заходів → бюджетування → моніторинг результатів; це особливо актуально з огляду на те, що в більшості закладів аудит у 2025 році не проводився або не є сталою практикою.
- **Закріпити ІТ-функцію** (штат/аутсорс), забезпечити фінансування та оновлення технічної бази, а також стабільний інтернет як критичну умову роботи електронних сервісів.

Результати дослідження є інтелектуальною власністю БО «БФ «НАГД «ЗДОРОВІ».
При використанні матеріалів посилання на першоджерело обов'язкове.

БЛОК N: ПОТРЕБИ

В рамках оцінки потреб керівників закладів просили назвати загальні потреби для покращення функціонування закладу, так і конретні типи обладнання чи техніки, а також види гуманітарної допопомоги.

Найбільшими потребами для забезпечення ефективної роботи та якісного надання послуг керівники найчастіше називають **обладнання для діагностики (57,9%)** та **IT-інфраструктуру — комп'ютери, сервери, мережеве обладнання, медичні інформаційні системи (57,0%)** (можна було обирати кілька варіантів). Далі з помітним відривом ідуть **медичні розхідники (38,6%)**. Водночас значна частка відповідей стосується базового матеріально-технічного забезпечення закладу — медичні меблі **(34,2%)**, медична техніка **(33,3%)** та автомобільний парк/санітарний транспорт і логістика **(31,6%)**. Окремо чверть респондентів відзначає потребу в критично важливих лікарських засобах **(25,4%)**, тоді як обладнання для реабілітації **(18,4%)** та апаратура для реанімації й інтенсивної терапії **(11,4%)** згадуються рідше. Це вказує на те, що пріоритети закладів насамперед зосереджені на діагностиці та цифровій інфраструктурі, а також на підтримці "щоденної" операційної спроможності через розхідники, техніку й логістику.



Рисунок 22: Види найбільших потреб

n1. Які найбільші потреби має ваш медичний заклад для забезпечення ефективної роботи та якісного надання медичних послуг? (Можливо декілька відповідей). [% відповідей серед усіх респондентів].

Якщо говорити про типи обладнання чи техніки то найчастіше керівники називають **лабораторні аналізатори — 36,0%**. На другому місці — **ноутбуки або комп'ютери (25,4%)**.

Далі з помітним відривом згадуються **стерилізатори (13,2%)**, тоді як монітори пацієнта **(2,6%)** і дефібрилятори **(1,8%)** обирають поодиноко. Частка відповідей «інше» становить **14,9%**.

Результати дослідження є інтелектуальною власністю БО «БФ «НАГД «ЗДОРОВІ».
При використанні матеріалів посилання на першоджерело обов'язкове.

Це свідчить про те, що найбільш нагальною для закладів є потреба в посиленні діагностичних можливостей і базової цифрової спроможності, тоді як обладнання для критичних станів частіше не сприймається як першочерговий пріоритет у форматі “одного найважливішого” придбання.

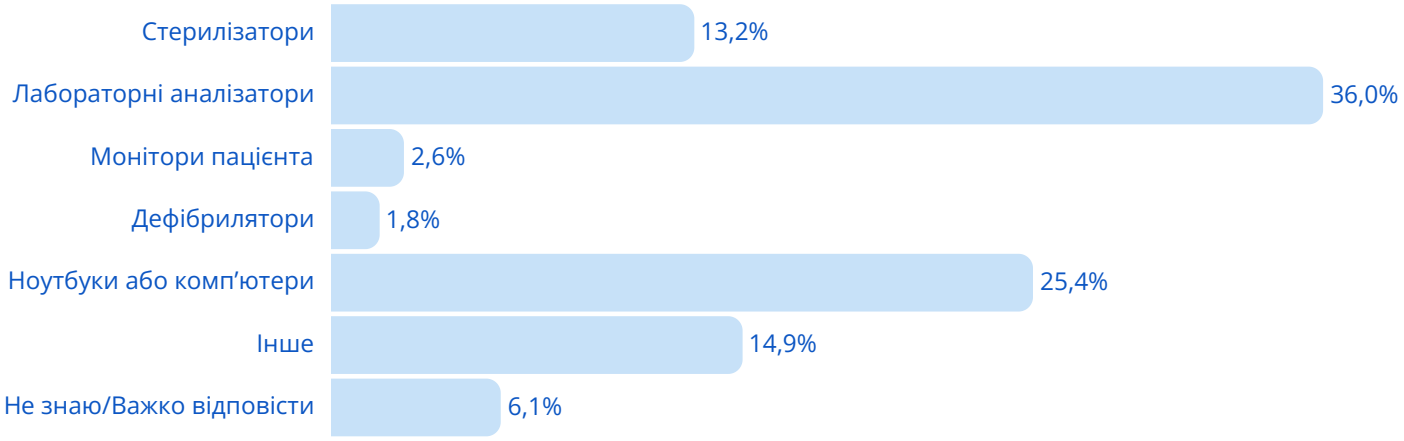


Рисунок 23: Типи обладнання чи техніки

n2. Який один тип обладнання чи техніки, на вашу думку, найбільше посилило б ефективність роботи та якість медичних послуг у вашому закладі, якби ви могли отримати його просто зараз?
(Лише одна відповідь). [% відповідей серед усіх респондентів].

Найбільш корисним видом гуманітарної допомоги для щоденної діяльності закладу респонденти найчастіше називають **медичну техніку та обладнання — 52,6%**. Значно рідше як найбільш корисні відзначають **лікарські засоби (18,4%)** та **медичні засоби й розхідники (14,9%)**.

Меблі для медичних закладів згадують поодиноко — **6,1%**. Це показує, що найбільшу практичну цінність для закладів має допомога, яка прямо підсилює їхню технічну спроможність надавати послуги, тоді як постачання медикаментів і розхідних матеріалів частіше сприймається як важливе, але другорядне порівняно з обладнанням.

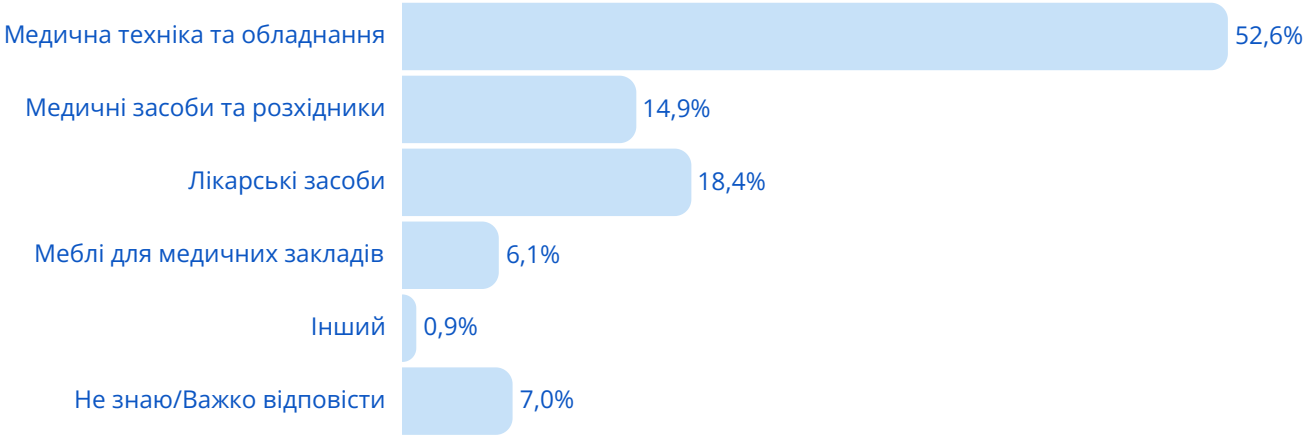


Рисунок 24: Види гуманітарної допомоги

n3. Який вид гуманітарної допомоги, отриманий вашим медичним закладом, виявився найбільш корисним у щоденній діяльності закладу?
(Лише одна відповідь). [% відповідей серед усіх респондентів].

Результати дослідження є інтелектуальною власністю БО «БФ «НАГД «ЗДОРОВІ».
При використанні матеріалів посилання на першоджерело обов'язкове.

Висновки до блоку N:

- **Найбільші потреби** медзакладів для ефективної роботи зосереджені навколо **діагностики та цифрової спроможності**: обладнання для діагностики (57,9%) та IT-інфраструктура (57,0%) впевнено лідирують серед усіх запитів (можна було обирати кілька варіантів).

- Якщо говорити про **«один пріоритет прямо зараз»**, найчастіше називають **лабораторні аналізатори** (36,0%) і **ноутбуки/комп'ютери** (25,4%), що додатково підтверджує фокус на діагностиці та базовій цифровій інфраструктурі як найбільш вузьких місцях.

- **Найкориснішим видом гуманітарної допомоги** для щоденної діяльності закладів виявилися **медична техніка та обладнання** (52,6%), тоді як лікарські засоби (18,4%) і розхідники (14,9%) значно рідше визначаються як "найбільш корисні".

- **Рекомендується:**
  1. **Пріоритезувати підтримку** в напрямі **діагностичного обладнання та лабораторних потужностей** (зокрема аналізатори) як найбільш частотного запиту й критичного драйвера якості послуг, а також у напрямку IT-інфраструктури.
  2. Для **гуманітарних програм** робити акцент на **постачанні техніки та обладнання**.

Результати дослідження є інтелектуальною власністю БО «БФ «НАГД «ЗДОРОВІ».
При використанні матеріалів посилання на першоджерело обов'язкове.

БЛОК Е: НАВЧАННЯ

Потреба в навчанні

Переважна більшість керівників зазначають **потребу працівників медичного закладу в підвищенні кваліфікації та розширенні професійних знань уже зараз — 78,1%**. Ще **20,2%** вважають, що **наразі такої потреби немає, але вона може виникнути в майбутньому**. Відповіді про відсутність потреби взагалі трапляються поодиноко **(0,9%)**. Це демонструє дуже високий запит на навчання з боку закладів

В порівнянні з минулою хвилею, потреба у навчанні зросла на 6,6 в.п., а також незначним чином знизилась кількість відповідей «не потребують взагалі». Можна припустити наявність зростання в потребі, або зростання в усвідомленні необхідності навчання персоналу за останній рік.

Проте всі відмінності не є статистично значущими, тому виражають скоріше певну тенденцію, ніж серйозний зсув у потребі.

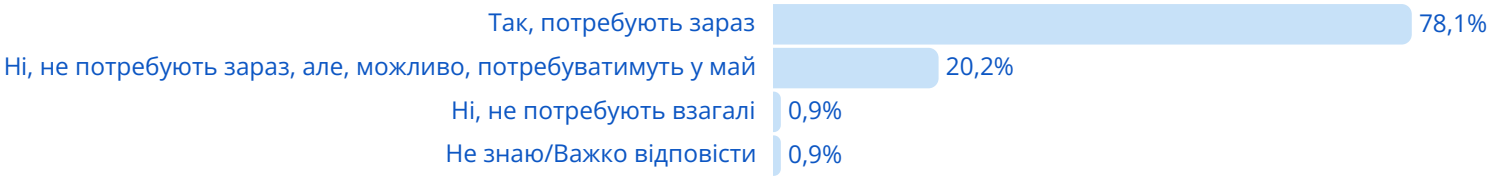


Рисунок 25: Оцінка потреби у навчанні

е1. Чи мають потребу працівники вашого медичного закладу у підвищенні власної кваліфікації та розширенні професійних знань? (Лише одна відповідь). Порівняння 7 та 8 хвилі дослідження. (результати 7 хвилі виділені світлішим відтінком кольору)
[% відповідей серед усіх респондентів].

Навички, що будуть актуальні в майбутньому

Задля визначення навичок, що в майбутньому(впродовж наступних п'яти років) керівникам було запропоновано обрати або назвати такі навички окремо для лікарів, і окремо для медичних сестер та братів.

Серед навичок, що можуть стати найкритичнішими для лікаря впродовж найближчих п'яти років, із помітним відривом лідирує **робота з цифровими системами (AI, підтримка клінічних рішень, телемедицина тощо) — 73,2%**. На другому місці — **комунікація з пацієнтом і пацієнтоорієнтований підхід (55,4%)**. Далі йде **критичне мислення та робота з даними (38,4%)**. Інші навички згадуються суттєво рідше: лідерство і командна взаємодія **(28,6%)**, етика та корпоративна культура **(22,3%)** і побудова репутації та особистого бренду лікаря **(20,5%)**, а також взаємодія з громадою і публічна роль **(17,0%)** та міжсекторальна взаємодія **(9,8%)**.

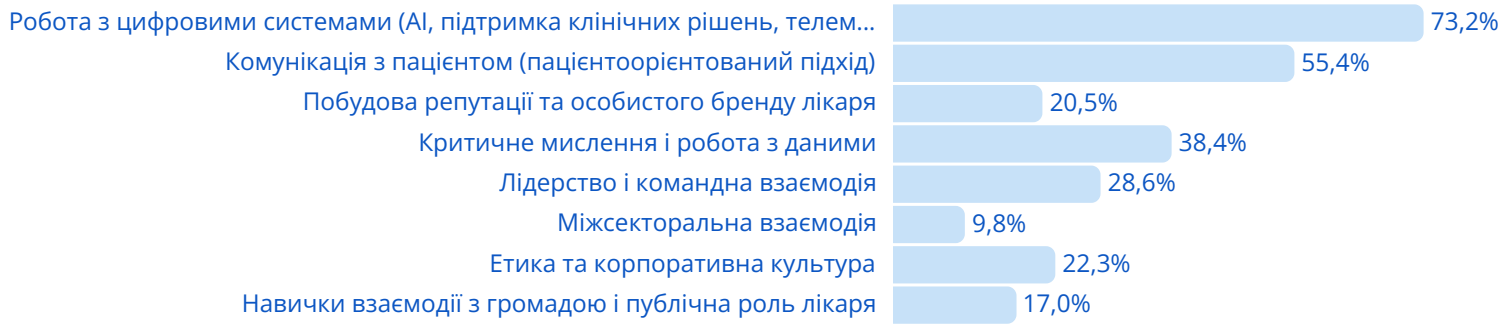


Рисунок 26: Критичні навички для лікарів у мабутньому

е1.1. Які навички, крім суто професійних (клінічних), на вашу думку, будуть найкритичнішими для лікаря впродовж найближчих п'яти років? (Оберіть до трьох варіантів)
[% відповідей серед респондентів, що вважають, що їхній персонал потребує або потребуватиме навчання у е1. (n=112)].

Результати дослідження є інтелектуальною власністю БО «БФ «НАГД «ЗДОРОВІ».
При використанні матеріалів посилання на першоджерело обов'язкове.

Це показує, що в уявленні керівників “лікар майбутнього” насамперед має бути цифрово компетентним і сильним у комунікації, а також уміти працювати з даними для прийняття рішень, тоді як управлінські та соціально-комунікаційні ролі розглядаються як додаткові.

Для медичних сестер і братів у найближчі п’ять років найкритичнішими навичками також найчастіше називають **цифрову грамотність (57,9%)** та **комунікацію з пацієнтами й їхніми родинами (49,1%)**. Далі за поширеністю йде **робота з сучасним обладнанням і технологіями моніторингу (40,4%)**. Помітна частка відповідей також стосується “командного” та психологічного блоку — командна взаємодія (36,0%) і емоційна стійкість та саморегуляція **(34,2%)**. Рідше згадують дотримання етичних стандартів і конфіденційності **(28,1%)** та базове володіння англійською або необхідною термінологією **(18,4%)**.



Рисунок 27: Критичні навички для медичних сестер/братів у майбутньому

e3. Які навички, крім суто професійних (клінічних), на вашу думку, будуть найкритичнішими для медичних сестер і братів впродовж найближчих п’яти років? (Оберіть до трьох варіантів). [% відповідей серед усіх респондентів].

Тобто найкритичніший і для лікарів, і для медичних сестер/братів у майбутньому керівники бачать цифрові та комунікаційні навички.

Готовність системи освіти створювати нові кадри і ставитись до медичних братів та сестер, як до рівних лікарям

Система підготовки лікарів в Україні, на думку керівників, радше не готова формувати «лікаря майбутнього»: 50,9% обирають варіант **«скоріше не готова»**, ще **9,7%** — «зовсім не готова». Позитивні оцінки трапляються рідше — **36,0% вважають, що система «скоріше готова»**, і лише **1,8%** — що «повністю готова». Частка невизначених відповідей є мінімальною.



Рисунок 28: Оцінка системи підготовки лікарів

e2. На вашу думку, чи готова нинішня система підготовки лікарів в Україні формувати «лікаря майбутнього» — фахівця, який не лише виконує протоколи, а й мислить системно, працює з даними, володіє цифровими інструментами та ефективною комунікацією з пацієнтом? (Лише одна відповідь). [% відповідей серед усіх респондентів].

Результати дослідження є інтелектуальною власністю БО «БФ «НАГД «ЗДОРОВІ».
При використанні матеріалів посилання на першоджерело обов'язкове.

Це може вказувати на те, що, з точки зору керівників закладів, майбутнє кадрів в Україні є проблемним, оскільки саме навички пов'язані з цифровою грамотністю і комунікацією вони виділяли як найкритичніші протягом наступних п'яти років.

Готовність системи освіти та менеджменту лікарень сприймати медичних сестер і братів як рівноправних членів команди респонденти також оцінюють радше критично. **46,5% вважають, що система «скоріше не готова»**, ще **7,0% — що «зовсім не готова»**. Позитивні оцінки менш поширені: **39,5% обирають варіант «скоріше готова»**, а **5,3%** — «повністю готова».



Рисунок 29: Оцінка сприйняття медичних сестер/братів як рівноправних членів команди

e4. Чи готова, на вашу думку, система освіти та менеджмент лікарень в Україні сприймати медичну сестру або брата не як "виконавця при лікареві", а як рівноправного члена команди, який реально впливає на якість лікування, комунікацію з пацієнтами та ефективність роботи закладу? (Лише одна відповідь). [% відповідей серед усіх респондентів].

Формати і теми навчання

Найбільш зручним і ефективним форматом підвищення кваліфікації для персоналу респонденти найчастіше називають **тренінгово-симуляційне навчання — 74,6%** (можна було обрати до трьох варіантів). Далі з помітним відривом ідуть **офлайн-воркшопи та практичні групи (43,9%)** і **онлайн-вебінари та курси (40,4%)**. Також досить поширеним є обмін досвідом з українськими колегами **(39,5%)** та комбінований формат **(38,6%)**. Стажування за кордоном обирають рідше — **23,7%**.

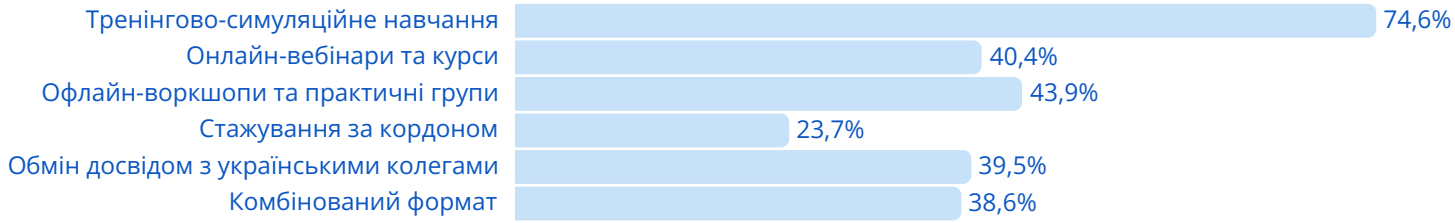


Рисунок 30: Найбільш зручні формати підвищення кваліфікації

e5. Який формат підвищення кваліфікації є для персоналу вашого медичного закладу найбільш зручним та ефективним для засвоєння знань і подальшого застосування у роботі?? (Оберіть до трьох варіантів). [% відповідей серед усіх респондентів].

Це демонструє чітку перевагу практикоорієнтованих форматів із відпрацюванням навичок, тоді як онлайн-навчання та змішані підходи сприймаються радше як важливе доповнення, а не основний інструмент.

Респондентам також було запропоновано обрати найбільш актуальні теми для тренінгів працівників закладів різних рівнів – керівників, лікарів та працівників середньої ланки.

Серед усього переліку тем для тренінгового навчання керівної ланки найчастіше обирають п'ять напрямів: **ефективний менеджмент (43,0%)**, **планування фінансового бюджету (41,2%)**, **залучення донорських коштів (40,4%)**, управління ризиками та індикаторами якості **(36,9%)** та стратегічне управління в умовах нестабільності **(36,0%)**.

Результати дослідження є інтелектуальною власністю БО «БФ «НАГД «ЗДОРОВІ».
При використанні матеріалів посилання на першоджерело обов'язкове.

Тобто запит керівників насамперед стосується практичних управлінських компетенцій — як краще організовувати роботу закладу, планувати й утримувати фінансову стійкість, знаходити додаткові ресурси, а також вибудовувати системи якості та управління ризиками в умовах постійних змін.

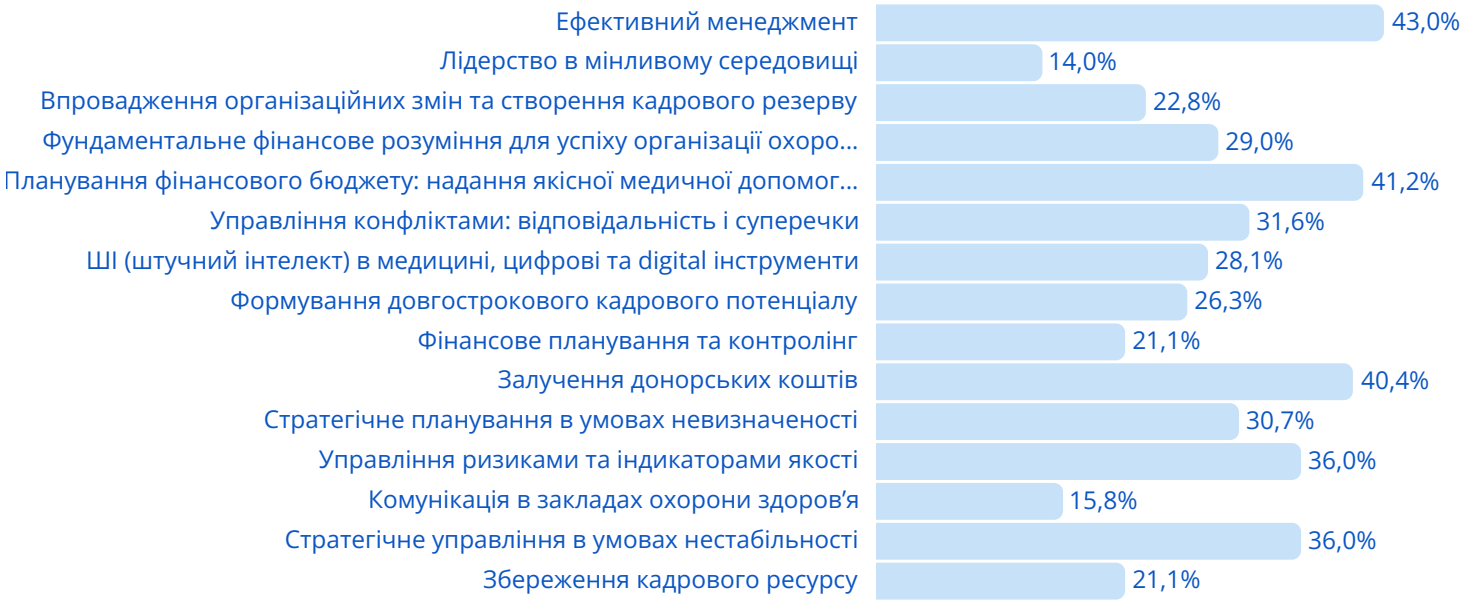


Рисунок 31: Найбільш актуальні теми тренінгів для керівників

е6. На вашу думку, які з перелічених нижче тем є найбільш актуальними для проходження тренінгового навчання для працівників керівної ланки вашого медичного закладу? (Оберіть до п'яти варіантів). [% відповідей серед усіх респондентів].

Серед тем тренінгів для лікарів найбільш актуальною респонденти називають **командну етику в медицині — культуру взаємоповаги, довіру та партнерство (60,5%)**. Далі за частотою вибору йдуть **управління конфліктами (51,8%)** та тема **поєднання стандартів із людяністю — як працювати з протоколами, емпатією та відгуками пацієнтів (48,3%)**. Також суттєвий запит стосується комунікації у воєнному контексті: комунікацію з ветеранами відзначають **40,4%**, а комунікацію з родинами, які втратили близьку людину на фронті або внаслідок обстрілів — **39,5%**. Натомість «мистецтво складної розмови» про повідомлення поганих новин обирають рідше **(24,6%)**.

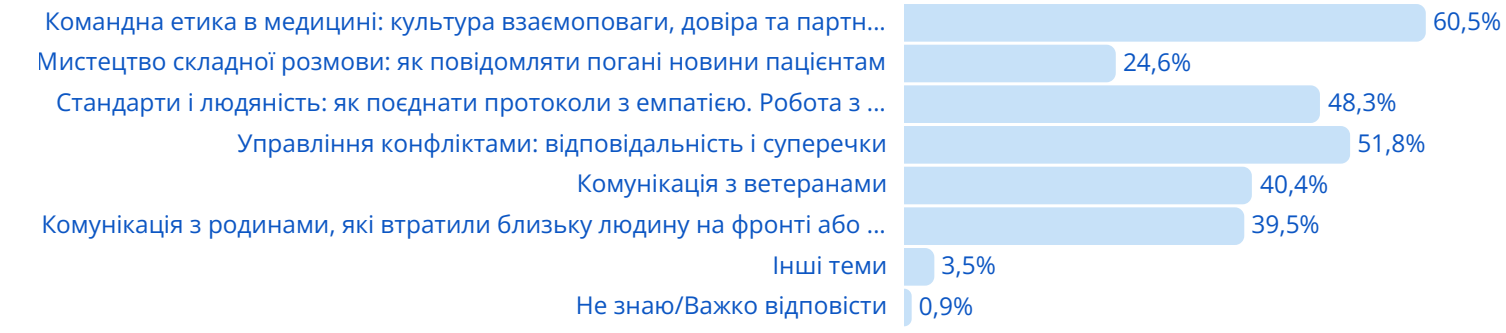


Рисунок 32: Найбільш актуальні теми тренінгів для лікарів

е7. На вашу думку, які з перелічених нижче тем є найбільш актуальними для проходження тренінгового навчання для лікарів вашого медичного закладу? (Оберіть до трьох варіантів). [% відповідей серед усіх респондентів].

Це свідчить, що в пріоритеті лікарів — навички взаємодії в команді та з пацієнтами, а також управління конфліктними ситуаціями й чутлива комунікація, зокрема з групами, які особливо постраждали від війни.

Результати дослідження є інтелектуальною власністю БО «БФ «НАГД «ЗДОРОВІ».
При використанні матеріалів посилання на першоджерело обов'язкове.

Для працівників середньої ланки найактуальнішою темою тренінгового навчання з великим відривом є **комунікація в мультидисциплінарній команді та роль медичної сестри у сучасній медицині — 82,5%**.

На другому місці — **новий сервісний підхід у закладі до залучення пацієнтів, родин та персоналу (65,8%)**. Далі йдуть теми, **пов'язані з комунікацією у воєнному контексті: комунікація з ветеранами (45,6%)** та **комунікація з родинами, які втратили близьку людину (40,4%)**. Покращення досвіду пацієнтів для формування лояльності обирають рідше **(30,7%)**. Це показує, що, на думку керівників, для середнього медперсоналу ключовими є навички командної взаємодії.



Рисунок 33: Найбільш актуальні теми тренінгів для працівників середньої ланки

e8. На вашу думку, які з перелічених нижче тем є найбільш актуальними для проходження тренінгового навчання для працівників середнього медичного персоналу вашого медичного закладу? (Оберіть до трьох варіантів)
[% відповідей серед усіх респондентів].

Результати дослідження є інтелектуальною власністю БО «БФ «НАГД «ЗДОРОВІ».
При використанні матеріалів посилання на першоджерело обов'язкове.

Висновки до блоку Е:

- Потреба в **підвищенні кваліфікації** є майже **універсальною**: 78,1% керівників зазначають, що працівники потребують навчання вже зараз, ще 20,2% — що потреба може виникнути в майбутньому; варіант «не потребують взагалі» трапляється поодиноко (0,9%).

- Для лікарів та медичних сестер та братів **критичні навички** найближчих п'яти років чітко **зосереджені на цифровізації та комунікації**: робота з цифровими системами і комунікація з пацієнтом є найчастішими пріоритетами.

- **Оцінка готовності системи освіти** формувати «лікаря майбутнього» **переважно критична**: 50,9% вважають, що вона «скоріше не готова», ще 9,7% — «зовсім не готова», тоді як позитивні оцінки (36,0% «скоріше готова» і 1,8% «повністю готова») трапляються рідше. Аналогічно, щодо **сприйняття медичних сестер/братів як рівноправних членів команди** переважає **скепсис**: 46,5% обирають «скоріше не готова», 7,0% — «зовсім не готова», хоча водночас 39,5% вважають систему «скоріше готовою».

- Найбільш зручний і ефективний формат навчання — практикоорієнтований: **тренінгово-симуляційне навчання** (74,6%) суттєво випереджає інші формати

- Топ-5 тем для **керівної ланки** зосереджений на **управлінні та фінансовій стійкості** (43,0%), **плануванні бюджету** (41,2%), **залученні донорських коштів** (40,4%), **управлінні ризиками та індикаторами якості** (36,9%) і **стратегічним управлінням в умовах нестабільності** (36,0%).

- Для **лікарів** найбільш затребувані теми про взаємодію з людьми й командою: **командна етика** (60,5%), **управління конфліктами** (51,8%), **поєднання стандартів з емпатією та робота з відгуками** (48,3%)

- Для **середнього медперсоналу** пріоритети, на думку керівників, ще більш виразні: **комунікація в мультидисциплінарній команді та роль медсестри** (82,5%) і **новий сервісний підхід у закладі** (65,8%) є беззаперечними лідерами.

- **Рекомендується:**
  1. Враховуючи високий запит на навчання, доцільно розглядати **підвищення кваліфікації** як **регулярний управлінський процес**.
  2. Формувати **програми навчання** навколо двох наскрізних навичок для всіх категорій персоналу: **цифрові інструменти/робота з даними та пацієнтська комунікація**, доповнюючи їх командною взаємодією, етикою і стійкістю залежно від ролі
  3. Робити основний акцент на **практичних форматах** для проведення навчання.
  4. Для **керівної ланки** зосередити навчання на **"навчиках управлінської спроможності"**: менеджмент, бюджетування, залучення ресурсів, управління якістю та ризиками і стратегування в нестабільності — саме ці теми є найбільш очікуваними.

Результати дослідження є інтелектуальною власністю БО «БФ «НАГД «ЗДОРОВІ».
При використанні матеріалів посилання на першоджерело обов'язкове.

БЛОК D: МАРШРУТИЗАЦІЯ ТА СПЕЦІАЛІЗОВАНА ДОПОМОГА

Оцінка взаємодії між закладами в регіоні під час складних ситуацій

Керівників закладів просили оцінити наскільки у їхньому регіоні налагоджена координація та взаємодія між закладами охорони здоров'я під час перенаправлення пацієнтів для отримання ними спеціалізованої чи невідкладної допомоги, взаємодія між перинатальним центром, пологовим будинком та екстреною медичною допомогою для транспортування передчасно народжених дітей та взаємодія між сімейними лікарями, психіатрами, неврологами, стаціонарними та амбулаторними закладами в контексті надання неврологічної та психіатричної допомоги за чотирибальною шкалою

- **Повністю налагоджена** – є чіткі маршрути пацієнтів, узгоджені дії між фахівцями та ефективна комунікація (пояснення лише для питання d3 про неврологічну та психіатричну допомогу);
- **Скоріше налагоджена** – взаємодія між рівнями допомоги існує, але без єдиних протоколів і координації (пояснення лише для питання d3 про неврологічну та психіатричну допомогу);
- **Скоріше не налагоджена** – перенаправлення здійснюється за особистими домовленостями або ініціативою лікаря(пояснення лише для питання d3 про неврологічну та психіатричну допомогу);
- **Повністю не налагоджена** – пацієнти часто залишаються без належного супроводу або переходять між службами без маршруту (пояснення лише для питання d3 про неврологічну та психіатричну допомогу).

Координація та взаємодія між закладами охорони здоров'я під час перенаправлення пацієнтів для отримання спеціалізованої чи невідкладної допомоги в більшості випадків оцінюється позитивно. **62,3% керівників вважають, що вона скоріше налагоджена**, ще **7,0% — що повністю налагоджена**. Водночас **25,4% зазначають, що взаємодія скоріше не налагоджена**, а **5,3%** — що повністю не налагоджена. Це означає, що базова координація в регіонах загалом працює, однак майже третина оцінок сигналізує про відчутні проблеми в маршрутизації та узгодженості між закладами.

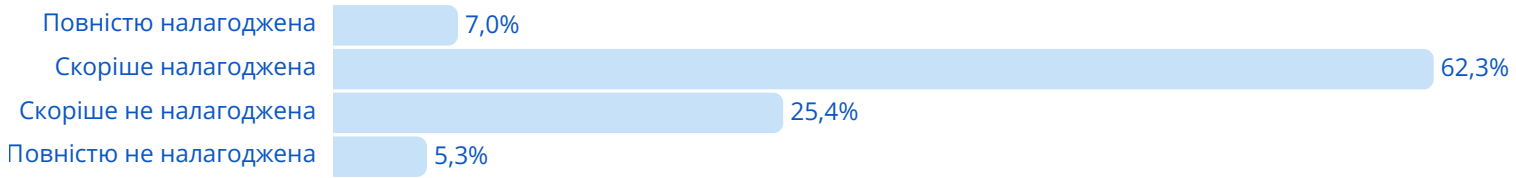


Рисунок 34: Взаємодія стосовно невідкладної допомоги

d1. Наскільки у вашому регіоні налагоджена координація та взаємодія між закладами охорони здоров'я під час перенаправлення пацієнтів для отримання ними спеціалізованої чи невідкладної допомоги? (Лише одна відповідь)
[% відповідей серед усіх респондентів].

Результати дослідження є інтелектуальною власністю БО «БФ «НАГД «ЗДОРОВІ».
При використанні матеріалів посилання на першоджерело обов'язкове.

Взаємодію між перинатальним центром, пологовим будинком та екстреною медичною допомогою для транспортування передчасно народжених дітей найчастіше також оцінюють позитивно. **44,7% керівників вважають, що вона скоріше налагоджена**, а ще **25,4% — що повністю налагоджена**. Негативні оцінки трапляються значно рідше: **7,9%** зазначають, що взаємодія скоріше не налагоджена, а частка відповідей про повну неналагодженість є мінімальною. Водночас помітною є частка **невизначеності — 21,1%** респондентів не змогли оцінити ситуацію.

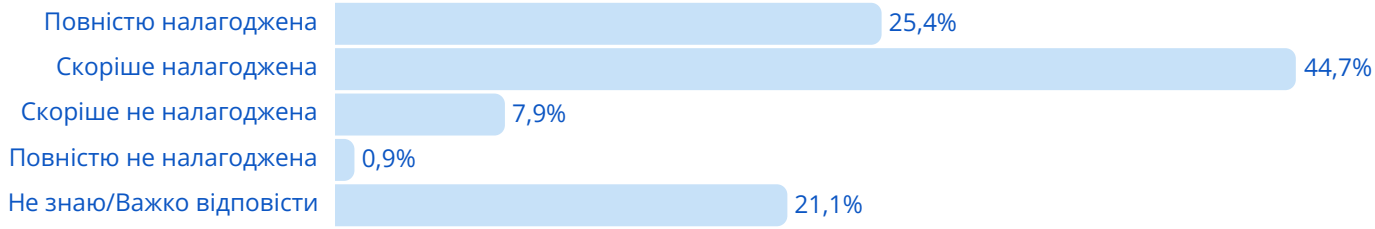


Рисунок 35: Взаємодія стосовно транспортування передчасно народжених дітей

d2. Наскільки у вашому регіоні налагоджена взаємодія між перинатальним центром, пологовим будинком та екстреною медичною допомогою для транспортування передчасно народжених дітей? (Лише одна відповідь). [% відповідей серед усіх респондентів]

Серед тих, хто вказав, що взаємодія щодо транспортування передчасно народжених дітей у регіоні не налагоджена (n=10), найчастіше бар'єром називають **відсутність чітких маршрутів транспортування або погоджених протоколів — 50,0%**. Інші причини згадуються значно рідше й без явного домінування. Проте досить мала кількість відповідей не дає можливість робити достатньо обгрунтованого узагальнення стосовно цих проблем.

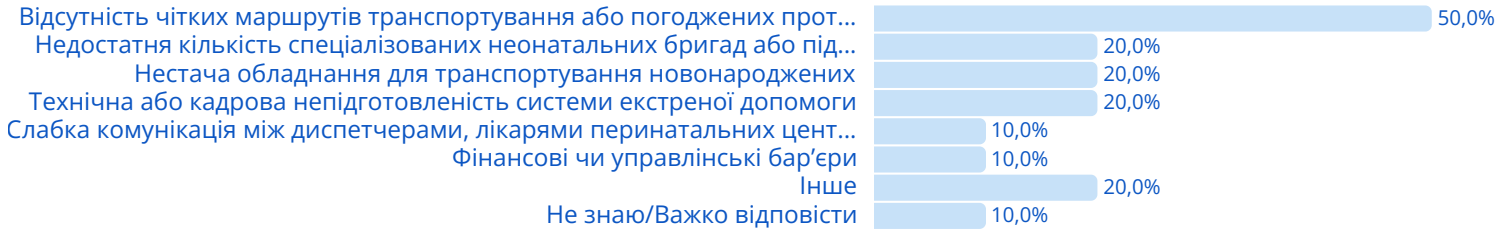


Рисунок 36: Бар'єри для взаємодії стосовно транспортування передчасно народжених дітей

d2.1. Які основні бар'єри у вашому регіоні заважають ефективній взаємодії між перинатальним центром, пологовим будинком та екстреною медичною допомогою для транспортування передчасно народжених дітей?
(Оберіть декілька відповідей). [% відповідей серд респондентів, що взаємодія не налагоджена у d2 (n=10)].

Стан взаємодії в системі надання неврологічної та психіатричної допомоги (між сімейними лікарями, психіатрами, неврологами, стаціонарними й амбулаторними закладами) також найчастіше оцінюють як **скоріше налагоджений — 43,0%**. Ще **13,2% вважають, що система повністю налагоджена**. Водночас частка критичних оцінок є суттєвою: **29,0% зазначають, що взаємодія скоріше не налагоджена**, а **8,8%** — що повністю не налагоджена. Ще **6,1%** не змогли відповісти.

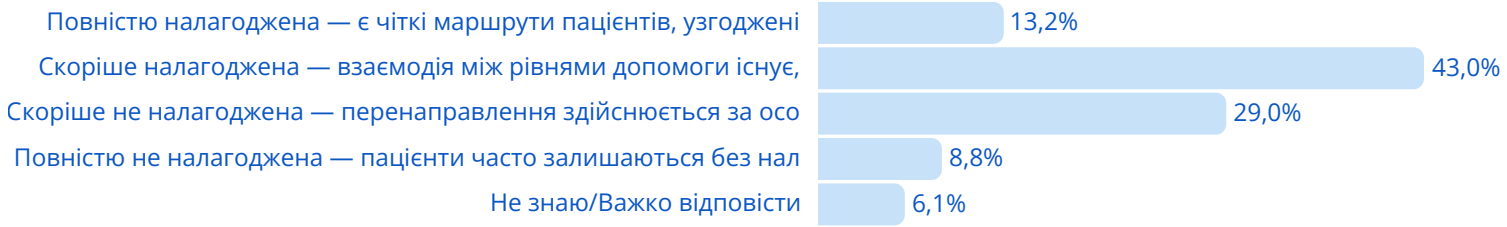


Рисунок 37: Взаємодія стосовно надання неврологічної та психіатричної допомоги

d3. Наскільки у вашому регіоні налагоджена система надання неврологічної та психіатричної допомоги, зокрема взаємодія між сімейними лікарями, психіатрами, неврологами, стаціонарними та амбулаторними закладами?
(Лише одна відповідь). [% відповідей серед усіх респондентів].

Результати дослідження є інтелектуальною власністю БО «БФ «НАГД «ЗДОРОВІ».
При використанні матеріалів посилання на першоджерело обов'язкове.

Узагальнюючи, можна говорити, що взаємодія різних медичних закладів стосовно вирішення проблем транспортування та лікування в складних ситуаціях, на думку керівної ланки закладів, є часто певним чином налагодженою.

Оцінка рівня підготовки лікарів первинної ланки щодо роботи з пацієнтами, які мають розлади ментального здоров'я та процес призначення нейролептиків

Для оцінки підготовки лікарів первинної ланки щодо роботи з пацієнтами, які мають розлади ментального здоров'я було використано чотирибальну шкалу:

- **Достатній** — лікарі первинки здатні самостійно виявляти, консультувати та супроводжувати таких пацієнтів
- **Частково достатній** — базові знання є, але бракує практичного досвіду та системи супервізії
- **Частково недостатній** — більшість лікарів не мають навичок ведення таких пацієнтів і часто обмежуються призначенням препаратів
- **Недостатній** — підготовка формальна, контроль і координація з психіатрами відсутні

Рівень підготовки лікарів первинної ланки до роботи з пацієнтами з розладами ментального здоров'я найчастіше оцінюють як **частково достатній — 49,1%**. Ще **12,3%** вважають підготовку достатньою. Натомість **13,2% зазначають, що вона частково недостатня**, а **4,4%** — недостатня. Водночас досить великою є частка відповідей **«не знаю/важко відповісти» — 21,1%.**

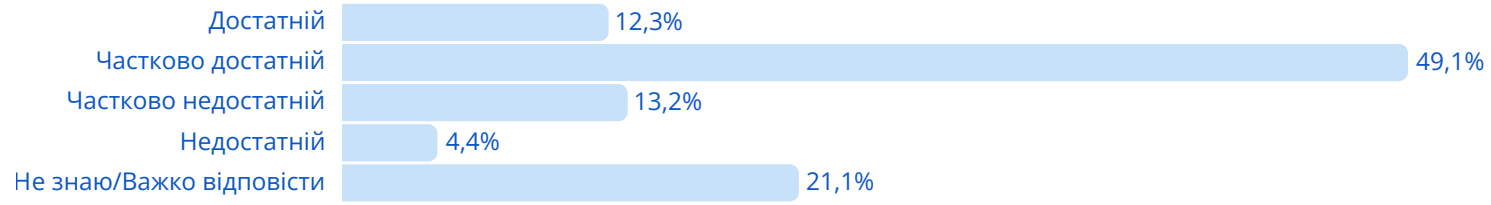


Рисунок 38: Оцінка рівня підготовки лікарів первинної ланки

d4. Як ви оцінюєте рівень підготовки лікарів первинної ланки вашого медичного закладу до роботи з пацієнтами, які мають розлади ментального здоров'я (депресія, тривога, ПТСР тощо)? (Лише одна відповідь). [% відповідей серед усіх респондентів].

Тобто в цілому підготовку первинки частіше оцінюють радше непогано, однак значна частина керівників не має чіткого уявлення про її рівень, що може свідчити або про відсутність системної оцінки й зрозумілих критеріїв усередині закладів.

Частота випадків, коли антидепресанти або нейролептики призначаються лікарями первинної ланки без подальшого скерування чи моніторингу психіатра, за оцінками керівників є різною. **10,5%** зазначають, що такі ситуації трапляються часто, ще **27,2% — іноді**. Водночас **21,9% відповідають, що це буває рідко**, а **14,0%** — що ніколи. Досить помітною є й **частка невизначеності — 26,3%** «не знаю/важко відповісти».

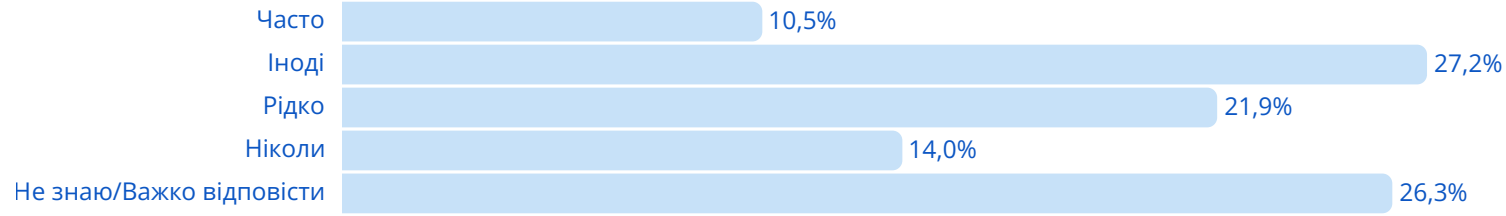


Рисунок 39: Частота неналежних виписувань нейролептиків і антидепресантів

d5. Як часто ви спостерігали випадки, коли антидепресанти або нейролептики призначаються лікарями первинної ланки без подальшого скерування або моніторингу психіатра? (Лише одна відповідь). [% відповідей серед усіх респондентів].

Результати дослідження є інтелектуальною власністю БО «БФ «НАГД «ЗДОРОВІ».
При використанні матеріалів посилання на першоджерело обов'язкове.

Це може означати, що проблема неналежного призначення існує принаймні для частини закладів, але водночас контроль і відстеження таких випадків не є достатньо системними, саме це може пояснити чому значна частка керівників не може впевнено оцінити ситуацію.

Найчастіше керівники зазначають, що при **призначенні нейролептиків пацієнт отримує повну інформацію про препарат, ризики, можливі побічні ефекти та альтернативи — 35,1%**. Також **32,5%** відповідають, що у разі побічних ефектів є механізм перегляду призначення або скерування до вузького спеціаліста. Наявність чіткого протоколу або внутрішньої інструкції щодо **призначення нейролептиків відзначають 19,3%**. Водночас **10,5%** вказують, що призначення відбувається індивідуально кожним лікарем без єдиної процедури. **Частка невизначених відповідей становить 18,4%**.



Рисунок 40: Процес призначення нейролептиків

d6. Як у вашому медичному закладі організований процес призначення нейролептиків — зокрема моніторинг побічних ефектів, інформування пацієнтів та розгляд терапевтичних альтернатив? (Оберіть декілька відповідей). [% відповідей серед усіх респондентів].

Це може свідчити, що базові елементи інформування та реагування на побічні ефекти присутні в багатьох закладах, однак стандартизація процесу й системний моніторинг реалізовані не всюди, а частина керівників не має достатньої поінформованості щодо того, як саме організована ця практика на рівні закладу.

Результати дослідження є інтелектуальною власністю БО «БФ «НАГД «ЗДОРОВІ».
При використанні матеріалів посилання на першоджерело обов'язкове.

Висновки до блоку D:

- **Координація між закладами** під час перенаправлення пацієнтів для спеціалізованої чи невідкладної допомоги загалом оцінюється **доволі позитивно**: більшість респондентів вважають її налагодженою.

- **Взаємодія щодо транспортування передчасно народжених дітей** також частіше **сприймається як налагоджена**, однак для значної частини керівників ця тема залишається “поза видимістю” (висока частка відповідей «не знаю/ важко відповісти»(21,1%)).

- **Система надання неврологічної та психіатричної допомоги** оцінюється **менш однозначно**: поряд із позитивними оцінками є більш значна частка критичних.

- **Рівень підготовки лікарів первинної ланки** до роботи з пацієнтами з розладами ментального здоров’я частіше оцінюють як **принаймні прийнятний** (переважає «частково достатній - 61,4%»), але **велика частка відповідей «не знаю»** (21,1%) може свідчити про **відсутність чітких критеріїв оцінки**.

- **Питання призначення психотропних препаратів** виглядає проблемним з точки зору прозорості: **частина респондентів фіксує випадки**, коли антидепресанти/ нейролептики можуть призначатися без скерування чи моніторингу психіатра, а також **суттєва частка не може впевнено оцінити частоту** таких ситуацій.

- **Процес призначення нейролептиків** у закладах часто **описують через окремі елементи** (інформування пацієнта, механізм перегляду при побічних ефектах, мультидисциплінарність, моніторинг), але водночас **частка невизначених відповідей і наявність відповідей про відсутність єдиної процедури** вказують, що для частини керівників цей **процес є недостатньо зрозумілим і не завжди стандартизованим**.

- **Рекомендується:**
  1. Окремим управлінським напрямом зробити **прозорість призначень психотропних препаратів**. Враховуючи, що 26,3% не можуть оцінити частоту неналежних призначень, а щодо самого процесу призначення нейролептиків 18,4% не можуть відповісти, варто запровадити мінімальні механізми обліку та контролю, які дадуть керівництву краще уявлення про такі практики.

Результати дослідження є інтелектуальною власністю БО «БФ «НАГД «ЗДОРОВІ».
При використанні матеріалів посилання на першоджерело обов'язкове.

БЛОК Р. МЕНТАЛЬНЕ ЗДОРОВ'Я

Психо-емоційні стани пацієнтів: алгоритм виявлення стресу, інформування про підтримку, вплив станів на лікування

Понад половина респондентів повідомляють про наявність певного алгоритму: **35,1% зазначають, що в закладі є внутрішня процедура або рекомендації, затверджені на рівні закладу**, а **20,2% — що діє офіційно затверджений алгоритм або протокол**. Водночас близько третини відповідей описують відсутність формалізованого алгоритму: **14,9% вказують на неформальний підхід, коли лікар або медсестра самостійно визначають подальші дії**, ще **14,0%** — що пацієнтів скеровують до психолога або психіатра закладу без окремого алгоритму. Додатково **7,0%** повідомляють, що алгоритму наразі немає, але його планують впровадити; **3,5%** спрямовують пацієнтів до зовнішніх спеціалістів або організацій, Лише **1,8%** зазначають, що алгоритму немає і не планується.



Рисунок 7: Наявність первинного виявлення ознак психологічного стресу

p1. Чи існує у вашому медичному закладі алгоритм первинного виявлення ознак психологічного стресу у пацієнтів та скерування осіб із розладами (наприклад, тривога, депресія) для подальшої допомоги? (Лише одна відповідь). [% відповідей серед усіх респондентів].

Загалом результати вказують, що у більшості закладів певні підходи до первинного виявлення стресу вже визначені, однак у помітної частки вони залишаються неформалізованими або замінюються ситуативними рішеннями та скеруванням.

Що стосується інформування пацієнтів стосовно можливостей звернення за психосоціальною підтримкою, якщо вони не здійснюють безпосереднього візиту до лікаря, то пацієнтів у закладах найчастіше інформують про можливості психосоціальної підтримки під час контактів із медичним персоналом: **60,5% респондентів зазначають, що інформацію надають сімейні лікарі або медичні сестри під час інших консультацій**. Майже так само поширені канали комунікації самого закладу — **59,7% вказують на офіційний вебсайт або соціальні мережі**, а **57,9% — на інформаційні матеріали безпосередньо в закладі (плакати, буклети, стенди)**.

Результати дослідження є інтелектуальною власністю БО «БФ «НАГД «ЗДОРОВІ».
При використанні матеріалів посилання на першоджерело обов'язкове.

Частка відповідей про те, що пацієнти переважно не поінформовані про можливості ментальної допомоги, є невеликою **(3,5%)**.

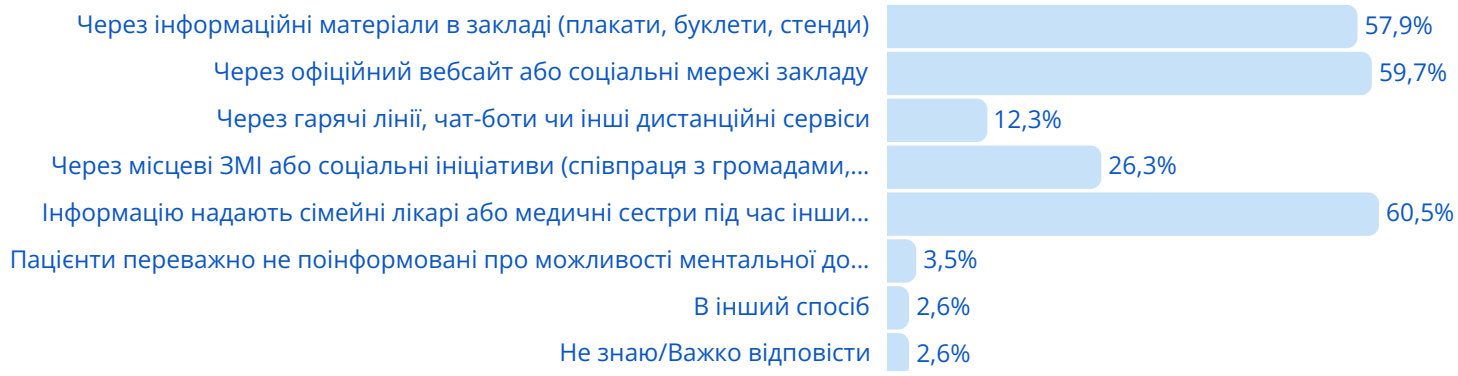


Рисунок 8: Інформування пацієнтів щодо можливостей психосоціальної підтримки

p4. Як пацієнти у вашому закладі отримують базову інформацію про можливості звернення за психосоціальною підтримкою, якщо вони не здійснюють безпосереднього візиту до лікаря? (Можна вибрати декілька варіантів). [% відповідей серед усіх респондентів]

Результати свідчать, що базова інформація здебільшого поширюється через персонал і комунікаційні канали закладу, тоді як спеціалізовані дистанційні інструменти та партнерські медіа-канали використовуються суттєво рідше.

Вплив психо-емоційних станів пацієнтів на якість та ефективність лікування оцінювався за 4 бальною шкалою:

- **Має суттєвий вплив** — пацієнти з високою тривогою/стресом одужують повільніше, частіше порушують рекомендації.
- **Має помірний вплив** — інколи ускладнює дотримання лікування.
- **Має незначний вплив** — але певні труднощі все ж виникають.
- **Не впливає** — лікування відбувається однаково для всіх.

Переважна більшість керівників вважають, що психоемоційний стан пацієнта впливає на якість та ефективність лікування: **75,4% оцінюють цей вплив як суттєвий**, ще **18,4% — як помірний**. Лише **4,4% вказують на незначний вплив**, а частка відповідей, які фактично заперечують вплив є мінімальною **(близько 1%)**.



Рисунок 9: Вплив психо-емоційних станів пацієнтів на якість та ефективність лікування

p5. Як, на вашу думку, психо-емоційний стан пацієнта впливає на якість та ефективність лікування? (Лише одна відповідь). [% відповідей серед усіх респондентів].

Це може демонструвати майже консенсусну позицію: для більшості закладів психоемоційний стан пацієнтів сприймається як критичний чинник результативності лікування, а отже потребує системної уваги в практиці надання допомоги.

Результати дослідження є інтелектуальною власністю БО «БФ «НАГД «ЗДОРОВІ».
При використанні матеріалів посилання на першоджерело обов'язкове.

ZDOROVI

Оцінка рівня компетенції персоналу та підвищення їхньої кваліфікації

Респонденти оцінювали рівень персоналу щодо роботи й ведення пацієнтів з психічними розладами відповідно до сучасних підходів, спираючись на 5 бальну шкалу від відсутності компетенцій до високого рівня (у запитанні шкала є зворотною):

- **Високий рівень** – персонал володіє сучасними навичками та підходами.
- **Достатній рівень** – базові компетенції є, але потребують оновлення.
- **Середній рівень** – частина персоналу має компетенції, частина потребує донавчання.
- **Низький рівень** – значний дефіцит знань і навичок.
- **Відсутні компетенції** – персонал не має необхідної підготовки.

Оцінки компетенцій персоналу найчастіше зосереджуються в середній і достатній зоні: **39,5% респондентів характеризують рівень як середній**, а **36,0% — як достатній**. Високий рівень відзначають **7,9%** опитаних. Водночас **11,4% оцінюють компетенції як низькі**, а **4,4%** вказують на відсутність необхідних компетенцій. Загалом це може означати, що переважна частка керівників бачить принаймні у частини персоналу базову або прийнятну підготовку, але для помітної частини закладів актуальною залишається потреба в додатковому навчанні та підвищенні кваліфікації.



Рисунок 27: Ключові стейкхолдери у відновленні та модернізації медичних закладів

f2. На вашу думку, хто ключовим стейкхолдером у відновленні та модернізації медичних закладів?(Лише одна відповідь). [% відповідей усіх респондентів].

Якщо говорити про підвищення кваліфікації персоналу, найчастіше медичні заклади забезпечують **підвищення кваліфікації з питань психічного здоров'я через загальнодоступні матеріали та онлайн-курси — так відповіли 50,0%** респондентів. Ще **18,4% зазначають, що скеровують персонал на навчання до партнерських організацій**, а **14,0%** говорять про часткове забезпечення можливостей залежно від наявних опцій і зовнішніх ресурсів. Водночас лише **8,8%** повідомляють, що організовують внутрішні тренінги та навчання. Невелика частка закладів не забезпечує навчання: **4,4%** не роблять цього і не планують, а **3,5%** — поки не забезпечують, але планують.

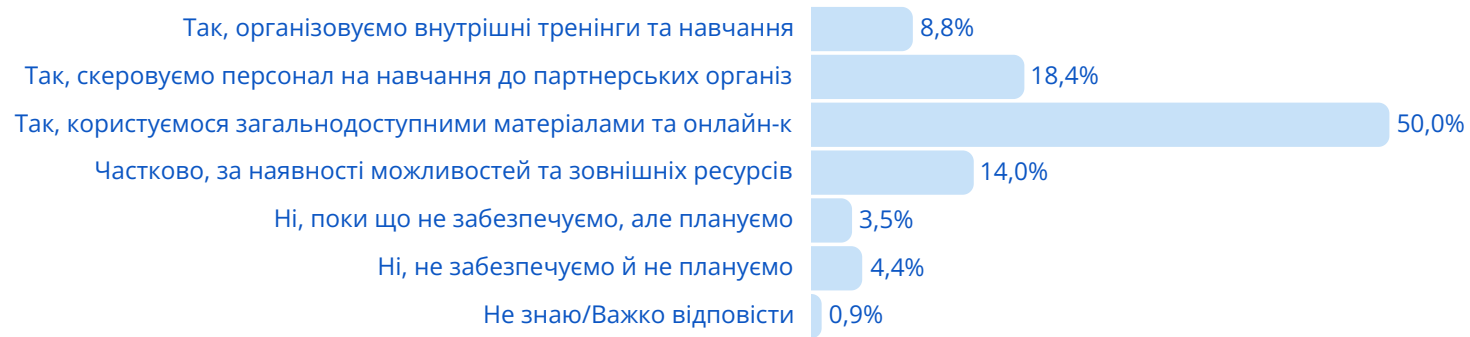


Рисунок 11: Рекомендовані програми з ментального здоров'я серед тих, які проходили

p3. Чи забезпечує ваш медичний заклад можливість для підвищення кваліфікації працівників з питань психічного здоров'я?. (Лише одна відповідь). [% відповідей серед усіх респондентів].

Результати дослідження є інтелектуальною власністю БО «БФ «НАГД «ЗДОРОВІ».
При використанні матеріалів посилання на першоджерело обов'язкове.

Загалом результати показують, що можливості для навчання здебільшого існують, однак переважає формат самоосвіти й зовнішніх ресурсів, тоді як системні внутрішні програми трапляються значно рідше.

Підтримка психологічного здоров'я працівників

Практики підтримки ментального здоров'я співробітників наявні лише в частини медичних закладів. **17,5% керівників зазначають, що такі практики існують і регулярно застосовуються**, ще **28,1% — що вони є, але використовуються нерегулярно**. Водночас найпоширенішою відповіддю є відсутність практик із наміром їх запровадити: **39,5% повідомляють, що наразі таких практик немає, але планується їх впровадження**. Ще **12,3%** вказують, що практик немає і їх не планують запроваджувати.



Рисунок 12: Практики підтримки ментального здоров'я співробітників

р6. Чи існують у вашому медичному закладі практики підтримки ментального здоров'я співробітників після складних чергувань, кризових ситуацій або проявів професійного вигорання? (Лише одна відповідь). [% відповідей серед усіх респондентів].

Підтримка персоналу як інституційна практика поки не стала стандартом для більшості закладів: значна частка перебуває на етапі планування, а регулярне застосування таких підходів залишається радше винятком, ніж нормою.

Серед закладів, які зазначили наявність практик підтримки ментального здоров'я співробітників, найпоширенішими формами є **доступ до штатного психолога або психотерапевта установи (53,9%)** та **підтримка колегами й менторська допомога всередині команди (50,0%)**. Досить часто також згадують **навчання і тренінги зі stress-management, емоційної стійкості та саморегуляції (40,4%)**, а також участь у спільних проєктах із благодійними чи громадськими організаціями у сфері ментального здоров'я **(34,6%)**.

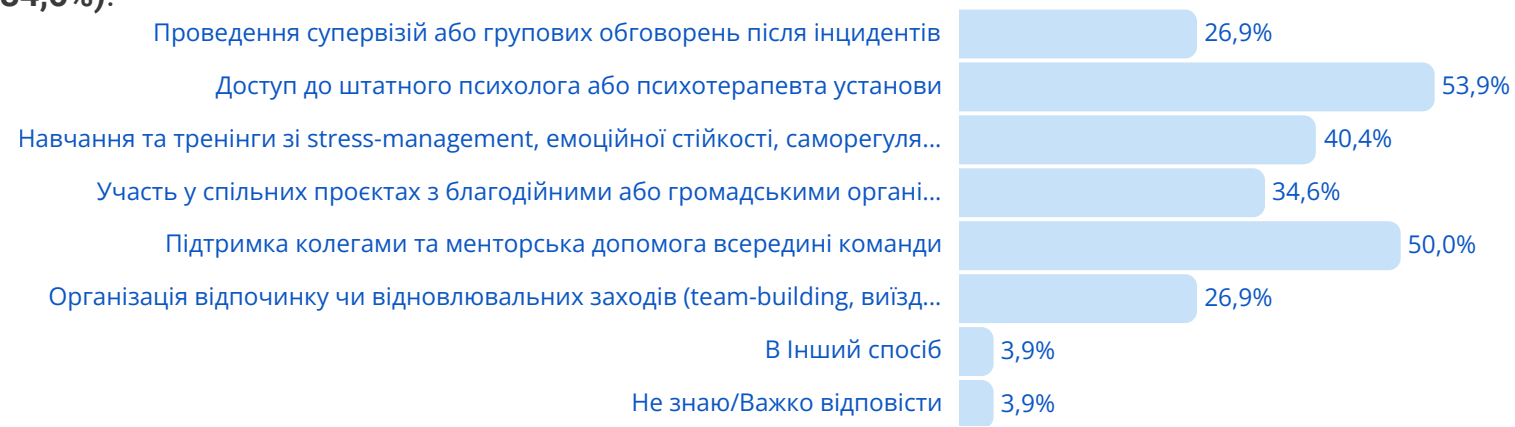


Рисунок 13: Види практик підтримки ментального здоров'я співробітників

р6.1. Як у вашому медичному закладі підтримують ментальне здоров'я співробітників після складних чергувань, кризових ситуацій чи в умовах професійного вигорання? (Можна вибрати декілька варіантів).
[% відповідей серед респондентів, що зазначили наявність практик пдітримки ментального здоров'я співробітників у р6 (N=52)].

Результати дослідження є інтелектуальною власністю БО «БФ «НАГД «ЗДОРОВІ».
При використанні матеріалів посилання на першоджерело обов'язкове.

Структура відповідей показує, що підтримка персоналу найчастіше реалізується через поєднання внутрішніх ресурсів (фахівець у штаті, взаємопідтримка команди) та навчальних активностей, тоді як практики системної рефлексії після інцидентів і відновлювальні заходи впроваджуються помітно рідше.

Відповідальність за ментальний стан співробітників, на думку керівників, **має бути спільною для всіх перелічених в питанні інституцій та акторів**: **39,5%** обрали цей варіант. Водночас помітна частка покладає ключову роль на самі **медичні заклади — 31,6%** зазначають саме їх як основних відповідальних. Значно рідше згадуються органи влади: **12,3% вказують на місцеву владу та органи місцевого самоврядування**, а **10,5%** — на центральні органи влади (МОЗ, НСЗУ). Інші актори майже не розглядаються як відповідальні:

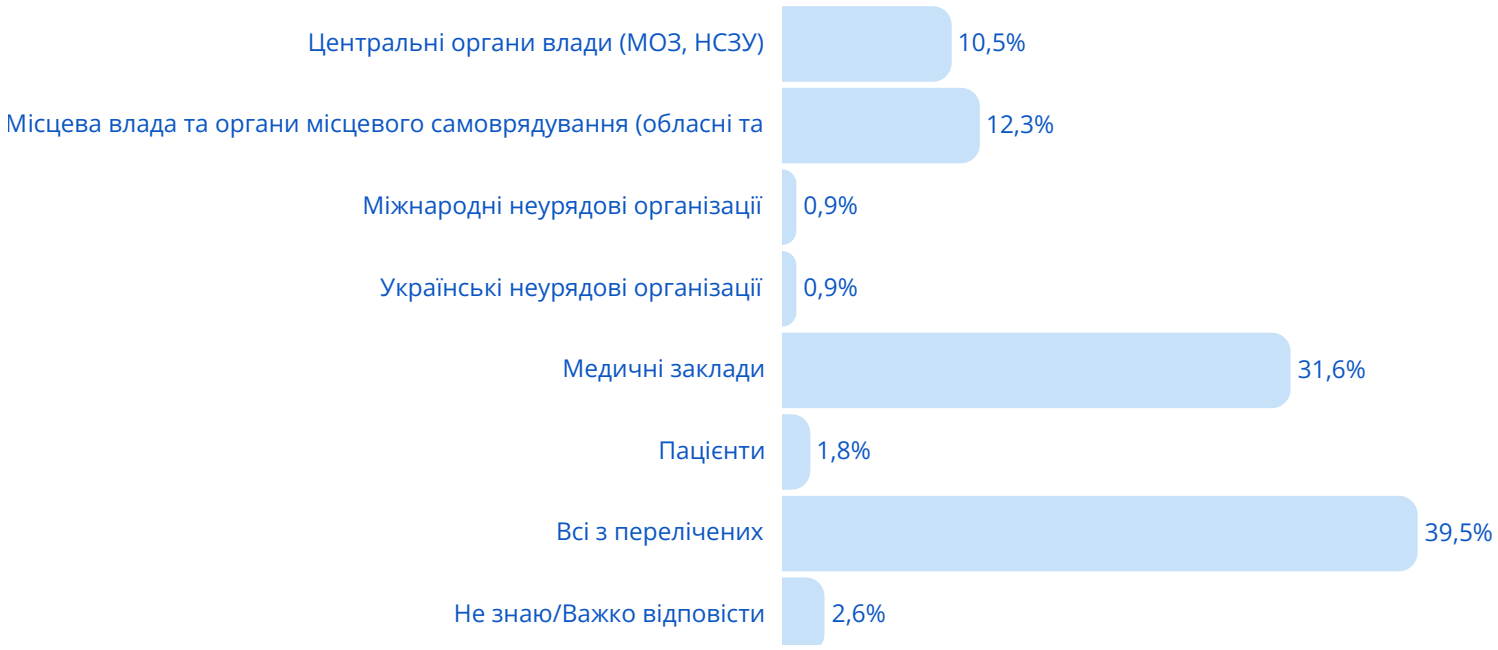


Рисунок 14: Практики підтримки ментального здоров'я співробітників

p7. Хто, на вашу думку, має нести головну відповідальність за підтримку ментального здоров'я медичних працівників? (Лише одна відповідь). [% відповідей серед усіх респондентів].

Результати дослідження є інтелектуальною власністю БО «БФ «НАГД «ЗДОРОВІ».
При використанні матеріалів посилання на першоджерело обов'язкове.

Висновки до блоку Р:

- **Психоемоційний стан пацієнтів** сприймається як **критично важливий чинник лікування**: 75,4% керівників вважають, що він має суттєвий вплив на якість та ефективність лікування, ще 18,4% — помірний.

- У більшості закладів існують принаймні базові підходи до **первинного виявлення ознак психологічного стресу**: 35,1% мають внутрішню процедуру/рекомендації, 20,2% — офіційно затверджений алгоритм або протокол.

- **Рівень компетенцій** персоналу щодо роботи з психічними розладами найчастіше оцінюють як **середній або достатній** (39,5% і 36,0% відповідно), що підкреслює потребу в системному підвищенні кваліфікації.

- **Підвищення кваліфікації з питань психічного здоров'я** найчастіше забезпечується через **самоосвіту та зовнішні ресурси**: 50,0% користуються загальнодоступними матеріалами й онлайн-курсами, 18,4% скеровують персонал на навчання до партнерських організацій, тоді як внутрішні тренінги проводять лише 8,8%.

- **Інформування пацієнтів про можливості психосоціальної підтримки** здебільшого відбувається через **персонал та канали закладу**: 60,5% — через сімейних лікарів/медсестер під час консультацій, 59,7% — через вебсайт або соцмережі, 57,9% — через інформаційні матеріали в закладі.

- **Практики підтримки ментального здоров'я співробітників** поки не є стандартом: 17,5% закладів мають такі практики й регулярно застосовують, 28,1% — застосовують нерегулярно, натомість **найбільша частка** (39,5%) **повідомляє про відсутність практик**, але **планує їх упровадження**.

- Серед закладів, де практики підтримки персоналу є, найчастіше йдеться про доступ до **штатного психолога/психотерапевта** (53,9%) та взаємопідтримку й менторство в команді (50,0%).

- **Відповідальність за підтримку ментального здоров'я медпрацівників** найчастіше бачать як спільну (39,5%), але з виразним акцентом на ролі самих **медичних закладів** (31,6%).

- **Рекомендується:**
  1. Підсилити компетенції персоналу системним навчанням;
  2. Змістити акцент із самоосвіти на організовані внутрішні програми;
  3. Інституціоналізувати підтримку ментального здоров'я співробітників.

Результати дослідження є інтелектуальною власністю БО «БФ «НАГД «ЗДОРОВІ».
При використанні матеріалів посилання на першоджерело обов'язкове.

БЛОК G: РЕФОРМА ТА ЕФЕКТИВНІСТЬ СИСТЕМИ

Відчутні результати реформи та децентралізації

Найчастіше серед результатів медичної реформи та децентралізації керівники **відзначають можливість напряму укладати договори з НСЗУ та отримувати оплату за послуги — 52,6%**. Далі йде **покращення фінансової автономії закладу (самостійність у розпорядженні коштами, прозорість фінансів) — 43,9%**, а також **збільшення відповідальності керівництва та можливостей для стратегічного управління — 36,0%**. Помітна частка респондентів також пов'язує реформу з покращенням якості послуг через конкуренцію та орієнтацію на пацієнта **(30,7%)**. Водночас більш "матеріальні" або зовнішні ефекти згадуються рідше: розвиток матеріально-технічної бази **(23,7%)** і покращення доступності медичних послуг **(23,7%)**, а ефективнішу взаємодію з місцевою владою відзначають **14,0%**. Лише **9,7%** не спостерігають жодних змін, а частка відповідей «не знаю/важко відповісти» є невеликою **(3,5%)**.



Рисунок 41: Результати медичної реформи та децентралізації

g1. Які результати медичної реформи та процесу децентралізації ви вже спостерігаєте у роботі вашого медичного закладу? (Оберіть декілька відповідей). [% відповідей серед усіх респондентів].

Це показує, що найвиразніше реформи проявляють для закладів через фінансово-організаційні механізми (контракти з НСЗУ, автономія, управлінська роль керівництва), тоді як зміни у взаємодії з місцевою владою та інфраструктурні зрушення відчуваються меншою мірою.

Результати дослідження є інтелектуальною власністю БО «БФ «НАГД «ЗДОРОВІ».
При використанні матеріалів посилання на першоджерело обов'язкове.

Виконання вимог державної політики та НСЗУ

Більшість керівників повідомляють, що медичні заклади стикаються з труднощами під час виконання вимог державної політики, нормативів або умов НСЗУ. **44,7% зазначають, що це трапляється часто**, ще **42,1% — іноді**. Водночас **7,9% відповідають, що труднощі виникають рідко**, а **3,5%** — що ніколи.



Рисунок 42: Труднощі під час виконання вимог інституцій

g2. Чи часто ваш медичний заклад зіштовхується із труднощами під час виконання вимог державної політики, нормативів або умов НСЗУ? (Лише одна відповідь). [% відповідей серед усіх респондентів].

Тобто для переважної більшості закладів виконання вимог супроводжується перешкодами принаймні час від часу, а для значної частини — є системною, повторюваною проблемою.

Серед респондентів, які принаймні інколи зіштовхуються з труднощами під час виконання державної політики, нормативів або умов НСЗУ (g2, n=108), найчастіше проблемою називають **неадекватну вартість пакетів НСЗУ, коли фінансування не покриває фактичних витрат на надання послуг — 74,1%**. Далі йде **брак кадрів, зокрема в адміністративному та середньому медичному персоналі — 45,4%**, а також **суперечливі вимоги між МОЗ, НСЗУ та місцевими адміністраціями — 42,6%**. Помітними є також управлінсько-організаційні чинники: низька мотивація персоналу через нерівність оплати й невизнання ролі фахівців **(38,9%)** та надмірна бюрократія — паперова звітність, дублювання процесів, надлишкові перевірки **(36,1%)**.



Рисунок 43: Труднощі під час виконання державної політики

g2.1. З якими найбільшими труднощами зіштовхується ваш медичний заклад під час виконання державної політики, нормативів або умов НСЗУ?
(Оберіть декілька відповідей). [% відповідей серед респондентів, що хоча б інколи стикалися з труднощами в g2(n=108)].

Результати дослідження є інтелектуальною власністю БО «БФ «НАГД «ЗДОРОВІ».
При використанні матеріалів посилання на першоджерело обов'язкове.

У підсумку, найбільший тиск на заклади формують фінансові обмеження та кадровий дефіцит, посилені суперечливими вимогами і бюрократичним навантаженням.

Готовність медичних закладів до впровадження оновленого гарантованого пакету послуг найчастіше оцінюють як позитивну. **70,2% керівників вважають, що їхній заклад скоріше готовий,** ще **14,0% — що повністю готовий**. Водночас **11,4% зазначають, що заклад скоріше не готовий,** але зовсім не готових закладів не було зафіксовано.



Рисунок 44: Готовність до впровадження оновленого гарантованого пакету послуг

g3. Оцініть ступінь готовності вашого медичного закладу до впровадження оновленого гарантованого пакету послуг з урахуванням кадрових, технічних, управлінських та фінансових аспектів (Лише одна відповідь). [% відповідей серед усіх респондентів].

Це свідчить, що переважна більшість закладів декларує принаймні базову готовність до змін.

Відтік персоналу та пацієнтів

Респонденти оцінювали рівень відтоку персоналу та пацієнтів до приватних медичних закладів. Респонденти, що оцінювали відтік персоналу як незначний далі повідомляли, що саме допомагає їм уникати значного відтоку, а також всі керівники повідомляли що могло би запобігати відтоку пацієнтів.

Оцінки відтоку персоналу до приватних медичних закладів переважно свідчать, що для більшості це не є критичною проблемою. **53,5% керівників зазначають, що відтік є незначним**, а **23,7% — що відтоку немає**. Водночас **20,2% вважають відтік значним**, і лише 1,8% — дуже значним.

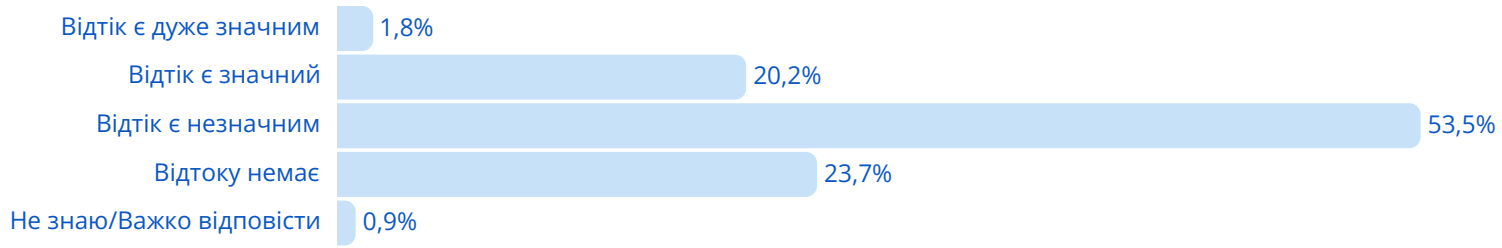


Рисунок 45: Оцінка рівня відтоку персоналу

g4. Наскільки значним є відтік персоналу вашого медичного закладу до приватних медичних закладів? (Лише одна відповідь). [% відповідей серед усіх респондентів].

Тобто в більшості закладів відтік або відсутній, або не має масштабного характеру, але близько п’ятої частини все ж відчуває його.

Результати дослідження є інтелектуальною власністю БО «БФ «НАГД «ЗДОРОВІ».
При використанні матеріалів посилання на першоджерело обов'язкове.

Серед респондентів, які зазначили незначний відтік персоналу (n=61), найчастіше як фактори “утримання” називають поєднання професійної спроможності команди та управлінської якості закладу. На перших позиціях — **високий рівень професійності медичного персоналу (32,8%)** і **досвідчена адміністративна команда/ефективне управління (32,8%)**, майже так само часто згадується **доступність безоплатних або частково компенсованих послуг (31,2%)**



Рисунок 46: Фактори, що перешкоджають відтоку персоналу

g4.1. На вашу думку, що допомагає вашому медичному закладу уникати відтоку персоналу до приватних медичних закладів? (Оберіть декілька відповідей). [% відповідей серед респондентів, що стикаються з незначним відтоком(n=61)].

Це показує, що менший ризик відтоку пов’язують не з одним чинником, а з комбінацією: сильна команда, адекватне управління, зрозуміла цінність закладу для пацієнтів і громади.

Що стосується відтоку пацієнтів то він також у більшості випадків оцінюється як невеликий. **58,8% керівників зазначають, що відтік є незначним**, а **15,8% — що відтоку немає**. Водночас **20,2% вважають відтік значним**. Тобто загальна картина радше стабільна (понад три чверті не бачать суттєвого відтоку), однак для приблизно п’ятої частини закладів конкуренція з приватним сектором за пацієнтів уже відчутна як помітна проблема.

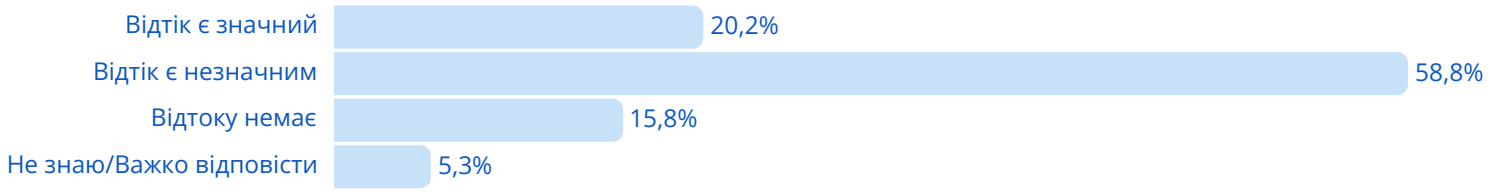


Рисунок 47: Оцінка рівня відтоку пацієнтів

gg5. Наскільки значним є відтік пацієнтів вашого медичного закладу до приватних медичних закладів? (Лише одна відповідь). [% відповідей серед усіх респондентів].

Тобто загальна картина радше стабільна (понад три чверті не бачать суттєвого відтоку), однак для приблизно **16% закладів конкуренція з приватним сектором за пацієнтів уже відчутна**.

Результати дослідження є інтелектуальною власністю БО «БФ «НАГД «ЗДОРОВІ».
При використанні матеріалів посилання на першоджерело обов'язкове.

Серед можливих кроків, які могли б допомогти закладам запобігати відтоку пацієнтів і фахівців до інших медичних установ, найчастіше називають фінансові та матеріальні чинники. На першому місці — **підвищення вартості тарифів НСЗУ або адекватне фінансування послуг (59,7%)**, майже так само часто — **збільшення заробітної плати або бонусної мотивації персоналу (57,9%)**. Третій за частотою пріоритет — **оновлення обладнання та інфраструктури (42,1%)**. Далі йде група управлінсько-кадрових рішень із помітно нижчими частками: інвестиції у навчання, стажування та розвиток керівників і лікарів **(28,1%)** і покращення умов праці та комфорту для медперсоналу **(27,2%)**. Порівняно рідше згадують покращення комунікації та репутаційної присутності закладу **(19,3%)** і зменшення бюрократичного навантаження/більшу автономію в управлінні **(16,7%).**



Рисунок 48: Фактори, що можуть перешкоджати відтоку пацієнтів

g6. Що, на вашу думку, могло б допомогти вашому медичному закладу запобігати відтоку пацієнтів і фахівців до інших медичних закладів? (Оберіть декілька відповідей). [% відповідей серед усіх респондентів].

У підсумку респонденти насамперед пов’язують утримання пацієнтів і кадрів із ресурсами та оплатою праці, тоді як “м’які” інструменти на кшталт комунікацій чи управлінської автономії сприймаються як допоміжні, але менш пріоритетні.

Відповідність політики реформи реальним умовам закладів

Респондентам було запропоновано оцінити відповідність політики реформи реальним умовам закладів за чотирибальною шкалою:

- **Повністю відповідає:** політика реформ послідовна, ресурси та нормативи достатні для її реалізації.
- **Скоріше відповідає:** напрям правильний, але інструменти, фінансування й темпи впровадження не узгоджені з реальністю.
- **Скоріше не відповідає:** більшість вимог формуються без урахування можливостей закладів, особливо на регіональному рівні.
- **Повністю не відповідає:** політика реформування створює більше адміністративного навантаження, ніж реальних покращень, і посилює розрив між державним та приватним секторами.

Результати дослідження є інтелектуальною власністю БО «БФ «НАГД «ЗДОРОВІ».
При використанні матеріалів посилання на першоджерело обов'язкове.

Оцінки відповідності державної політики реформування реальним умовам і можливостям медичних закладів є доволі поляризованими, але з невеликим переважанням негативного бачення. **43,9%** к**ерівників вважають, що політика скоріше відповідає можливостям закладів**, і лише **4,4%** — що повністю відповідає. Водночас **41,2% зазначають, що вона скоріше не відповідає**, а **9,7%** — що повністю не відповідає. Таким чином, сумарно позитивну оцінку дають **48,3%**, а негативну — **50,9%**.



Рисунок 49: Оцінка відповідно державної політики реальним умовам медичних закладів

g7. Наскільки, на вашу думку, державна політика реформування системи охорони здоров'я відповідає реальним умовам і можливостям медичних закладів?
(Лише одна відповідь)
[% відповідей серед усіх респондентів].

Це свідчить про достатньо полярне ставлення до державної політики серед керівної ланки медичних закладів.

Результати дослідження є інтелектуальною власністю БО «БФ «НАГД «ЗДОРОВІ».
При використанні матеріалів посилання на першоджерело обов'язкове.

Висновки до блоку G:

- Реформа та децентралізація найчастіше проявляються для закладів через фінансово-організаційні механізми: **можливість напряму укладати договори з НСЗУ** (52,6%), **фінансова автономія** (43,9%) і **посилення управлінської ролі керівництва** (36,0%). Водночас зміни в **інфраструктурі/доступності** згадуються рідше (по 23,7%), а **покращення взаємодії з місцевою владою** — ще меншою мірою (14,0%).

- Попри помітні "плюси", **виконання вимог державної політики та умов НСЗУ для більшості є проблемним**: 44,7% стикаються з труднощами часто, 42,1% — іноді. Найгостріший бар'єр — **тарифи НСЗУ** (74,1%), далі — **кадровий дефіцит** (45,4%) і **суперечливість вимог між МОЗ/НСЗУ/ місцевими адміністраціями** (42,6%); також суттєвими є **демотивація персоналу** (38,9%) та **бюрократія** (36,1%).

- **Готовність до оновленого гарантованого пакету** здебільшого оцінюється **позитивно** (70,2% "скоріше готові", 14,0% "повністю готові").

- **Відтік персоналу і пацієнтів** у більшості закладів описують як **незначний/ відсутній** (персонал: 53,5% + 23,7%; пацієнти: 58,8% + 15,8%), однак близько п'ятої частини вже відчуває його як значний (по 20,2% для персоналу і пацієнтів). **Фактори утримання персоналу** найчастіше пов'язують із **якістю команди й управління** (по 32,8%) та **доступністю безоплатних послуг** (31,2%).

- Найбільш дієвими кроками для **запобігання відтоку пацієнтів** респонденти вважають ресурсні рішення: **адекватне фінансування/ тарифи НСЗУ** (59,7%), **підвищення зарплат і бонусної мотивації** (57,9%), **оновлення обладнання та інфраструктури** (42,1%); **навчання й розвиток** (28,1%) та **умови праці** (27,2%) — важливі, але другорядні за частотою згадувань.

- Оцінка того, наскільки державна політика відповідає реальним умовам, майже **порівну** ділиться: 48,3% схиляються до "відповідає", 50,9% — до "не відповідає".

- **Рекомендуєтсья:**
  1. **Переглянути тарифи НСЗУ** та наблизити фінансування до **фактичної собівартості послуг** (бо це викликає найбільші труднощі — 74,1% — і водночас найчастіший запит як рішення відтоку пацієнтів — 59,7%).

Результати дослідження є інтелектуальною власністю БО «БФ «НАГД «ЗДОРОВІ».
При використанні матеріалів посилання на першоджерело обов'язкове.

БЛОК F: ЄВРОІНТЕГРАЦІЯ

Респондентів було опитано про труднощі процесів упровадження стандартів Європейського Союзу, а також про Зелений курс Європейського Союзу- труднощі і переваги.

Труднощі процесів упровадження стандартів Європейського Союзу

Керівники оцінювали наскільки складним є процес впровадження стандартів та називали основні труднощі процесу.

Під час упровадження стандартів Європейського Союзу у сфері охорони здоров'я більшість закладів таки стикається з труднощами різного масштабу. 57,0% керівників зазначають, що мають незначні труднощі, а ще 18,4% — що труднощі є значними. Водночас 7,9% відповідають, що не мають труднощів взагалі.

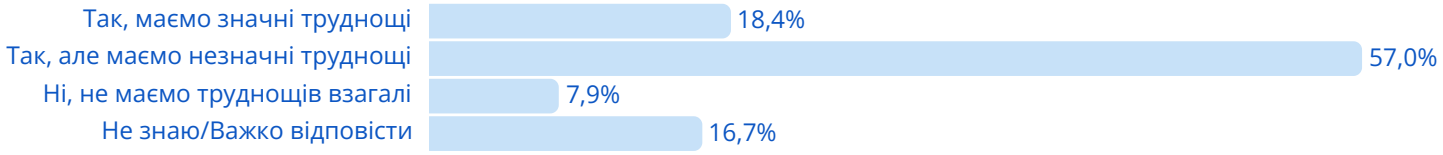


Рисунок 50: Оцінка процесу упровадження стандартів Європейського Союзу

f1. Чи стикається ваш медичний заклад із труднощами під час упровадження стандартів Європейського Союзу у сфері охорони здоров'я? (Лише одна відповідь). [% відповідей серед усіх респондентів].

Тобто загальна картина демонструє, що процес євроінтеграційних змін у медицині сприймається як складний, але переважно "керований" (частіше говорять про незначні труднощі), але достатньо відсоток відповідей «Не знаю/Важко відповісти» може свідчити про недостатню поінформованість про реальні вимоги та прогрес їх впровадження.

Серед респондентів, які зазначили наявність значних або незначних труднощів із упровадженням стандартів Європейського Союзу, найбільшою проблемою є **забезпечення фінансової спроможності закладу (60,5%)** та **модернізація технічного обладнання й відповідність технічним стандартам (55,8%)**. Далі за частотою згадувань іде **перехід на європейські клінічні протоколи та маршрути пацієнта (33,7%)**. Наступна група бар'єрів має радше "системно-організаційний" характер: впровадження стандартів якості медичних послуг **(25,6%)** і гармонізація документації та документообігу **(25,6%)**, а також нестача інституційної підтримки або методичних рекомендацій на національному рівні **(24,4%)**. Питання розвитку людського капіталу згадують рідше: підвищення кваліфікації персоналу **(18,6%)**, а опір змінам/складність трансформації управлінських практик — **14,0%**.



Рисунок 51: Найбільші труднощі упровадження стандартів Європейського Союзу

bf1.1. З якими найбільшими труднощами стикається ваш медичний заклад під час упровадження стандартів Європейського Союзу у сфері охорони здоров'я? (Оберіть декілька відповідей)
[% відповідей серед респондентів, що вказали, що мають значні або незначні труднощі в f1(n=86)].

Результати дослідження є інтелектуальною власністю БО «БФ «НАГД «ЗДОРОВІ».
При використанні матеріалів посилання на першоджерело обов'язкове.

Зелений курс Європейського Союзу

Варто зазначити, що лише **11 керівників** сказали, що в їхньому медичному закладі було впроваджено вимоги Зеленого курсу Європейського Союзу у сфері охорони здоров'я, тому до результатів оцінки їхніх думок щодо курсу треба ставитись обережно, не допускаючи надто широких узагальнень.

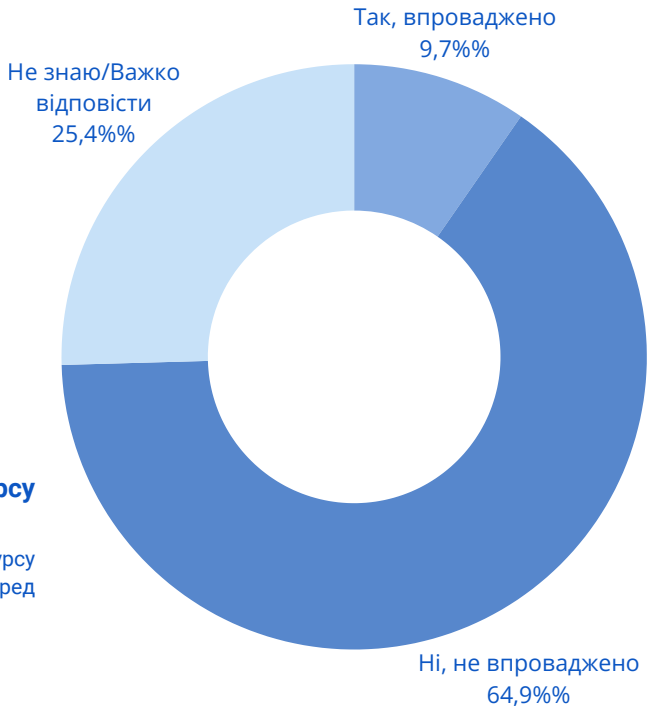


Рисунок 52: Впровадження вимог Зеленого курсу Європейського союзу

f.2. Чи впроваджено у вашому медичному закладі вимоги Зеленого курсу ЄС у сфері охорони здоров'я? (Лише одна відповідь). [% відповідей серед усіх респондентів].

Серед респондентів, у закладах яких уже впроваджували вимоги «Зеленого курсу» (n=11), відповіді радше схиляються до того, що це дало більше можливостей, ніж обмежень. Майже половина зазначила, що **стало більше можливостей, ніж обмежень (45,5%)**, і ще **9,1%** — що стало значно більше можливостей. Водночас **27,3% вважають, що стало більше обмежень, ніж можливостей,** а **18,2% не помітили змін у роботі закладу**.

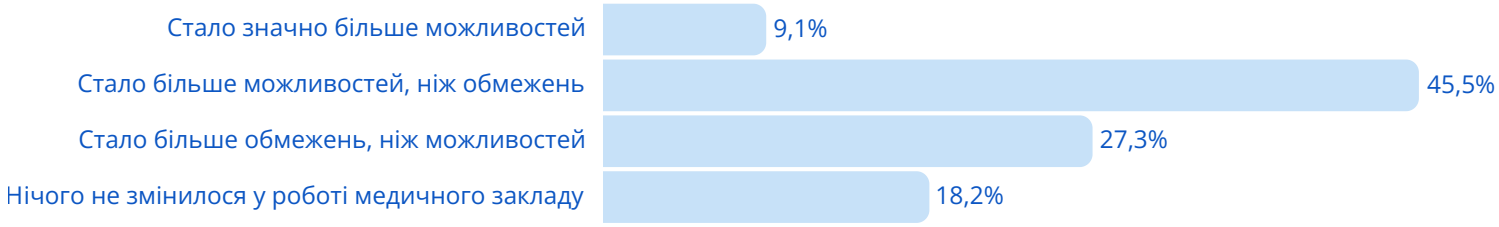


Рисунок 53: Можливості чи обмеження упровадження вимог Зеленого курсу

f2.1. Чи стало у вашому медичному закладі більше обмежень чи можливостей у зв'язку з впровадженням вимог зеленого курсу ЄС у сфері охорони здоров'я? (Лише одна відповідь)
[% відповідей серед респондентів, що вказали, що в їхньому закладі було впроваджено вимоги Зеленого курсу в f2(n=11)].

Проте, варто враховувати, що через дуже малу вибірку будь-які висновки тут є орієнтовними: результати швидше відображають досвід окремих закладів, ніж стійку тенденцію для всієї сукупності.

Серед респондентів, що відчувають, що стало більше обмежень(n=3) основними перешокдами стали фінансові обмеження — їх назвали всі три респондета, також доволі згадуються обмеження щодо енергоефективності та опір персоналу / низька мотивація до екологічних змін – їх згадало два респонеднта. По одному респонденту вказували технічні обмеження і труднощі, пов'язані з утилізацією медичних відходів.

Результати дослідження є інтелектуальною власністю БО «БФ «НАГД «ЗДОРОВІ».
При використанні матеріалів посилання на першоджерело обов'язкове.

В цій же підвибірці просили сказати в яких напрямках впровадження Зеленого курсу їхній медичний заклад має найбільші труднощі або системні обмеження. Всі респонденти назвали енергоефективність, що узгоджується з попереднім питанням. Далі за частотою згадувань — зменшення використання пластику та одноразових матеріалів і відсутність фінансування/механізмів компенсації для екологічних заходів (по два респондента). Окремо згадувалися проблеми із сортуванням відходів та нестачею поінформованості/культури "зеленого мислення" серед персоналу (по одному респонденту).

Більшість респондентів загалом схиляються до того, що впровадження вимог Зеленого курсу ЄС в Україні може змінити підхід до управління медичними закладами. **16,7% повністю погоджуються з цим твердженням**, ще **36,0% — скоріше погоджуються**. Водночас **13,2% скоріше не погоджуються**, а **1,8%** — не погоджуються.

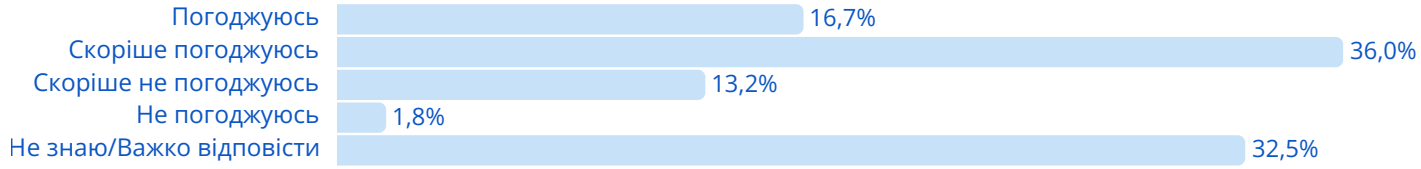


Рисунок 54: Оцінка впливу Зеленого курсу на підхід до управління в сфері охорони здоров'я

f3. Чи погоджуєтеся ви з твердженням, що впровадження вимог зеленого курсу ЄС у сфері охорони здоров'я в Україні змінить підхід до управління медичних закладів? (Лише одна відповідь). [% відповідей серед усіх респондентів].

Помітною є частка невизначеності: майже третина респондентів не змогли визначитися **(32,5% "не знаю/важко відповісти")**. Це може свідчити про те, що для значної частини керівників бракує інформації/досвіду, щоб оцінити потенційний управлінський ефект Зеленого курсу.

Висновки до блоку F:

- **Упровадження стандартів Європейського Союзу** супроводжується труднощами для більшості закладів. 57,0% повідомляють про незначні труднощі, ще 18,4% — про значні; лише 7,9% зазначають, що труднощів немає, а 16,7% вагаються з відповіддю.
- Ключові бар'єри — **ресурси та технічна модернізація**. Серед тих, хто має труднощі, найчастіше називають фінансову спроможність (60,5%) і модернізацію обладнання/відповідність технічним стандартам (55,8%).
- **Зелений курс має низький рівень практичного досвіду.** Лише кожен десятий заклад повідомляє про впровадження вимог Зеленого курсу; у тих, хто мав такий досвід (n=11), вплив частіше сприймають як можливості (45,5% — "більше можливостей, ніж обмежень", 9,1% — "значно більше можливостей"), але є й частка, що бачить переважно обмеження (27,3%), а 18,2% не відзначили змін.
- **Відчутний рівень невизначеності** щодо **управлінського ефекту Зеленого курсу**. Хоча 52,7% загалом погоджуються, що він змінить підхід до управління (16,7% "погоджуюсь" + 36,0% "скоріше погоджуюсь"), майже третина не знає/вагається (32,5%), що підсилює висновок про недостатню поінформованість.
- **Рекомендуєтсья**:
  1. Підвищувати рівень обізнаності щодо стандартів Європейського Союзу та вимог Зеленого курсу серед керівництва медичних закладів.
  2. Допомагати з фінансуванням та модернізацією для кращого впровадження вищезгаданих стандартів

Результати дослідження є інтелектуальною власністю БО «БФ «НАГД «ЗДОРОВІ».
При використанні матеріалів посилання на першоджерело обов'язкове.

ЗАГАЛЬНІ ВИСНОВКИ

Якщо говорити про дослідження загалом складається досить цілісна картина наявних потреб у закладах за напрямом освіти: керівники бачать напрям розвитку (цифровізація, комунікація, навчання, ментальне здоров'я), але впираються в практичні обмеження — гроші, люди (кадри) і технічну базу.

У кількох блоках повторюється одна й та сама логіка: там, де потрібні інфраструктура й системні інвестиції, прогрес вбачається повільнішим. Це видно і в цифрових сервісах (рівень радше середній/високий, але головні бар'єри — нестача ІТ-людей, фінанси та технічні ресурси), і в енергоефективності (переважають швидкі рішення, тоді як системний енергоменеджмент і партнерські механізми зустрічаються рідше), і в євроінтеграційних стандартах (ключові труднощі знову в ресурсах і модернізації обладнання).

Потреби закладів дуже "прикладні" і концентруються навколо діагностики та цифрової спроможності. У цій же логіці читається й оцінка гуманітарної допомоги: найціннішим для щоденної роботи виявляється саме обладнання/техніка, а не витратні позиції.

На рівні управління помітний зсув у бік прозорості правил і сервісної комунікації: у темі неофіційних «подяк» керівники найчастіше спираються на зрозумілі фінансові правила (оплата/преміювання) і стандарти комунікації з пацієнтом про безоплатність послуг та офіційні канали. Це може пояснюватися прагматизмом: коли зарплатно-фінансова база обмежена і система складна, прості і прозорі правила і ясна комунікація стають ключовим інструментом утримання довіри та зниження побутової корупції.

Людський капітал також вбачається пріоритетом для керівників. Запит на навчання майже універсальний, при цьому майбутні критичні навички керівники бачать не лише суто клінічними: цифрові використання інструментів/даних та комунікація з пацієнтом проходять крізь усі ролі (лікарі, медсестри/брати, управлінці). Формати для навчання в свою чергу вбачаються якомога більш практико орієнтованими), а не лише лекційні або суто онлайн-варіанти. Паралельно звучить скепсис щодо того, наскільки поточна система освіти встигає сформувати «лікаря/команду майбутнього» і наскільки менеджмент готовий бачити середній персонал рівноправною частиною команди — тобто навчання сприймається як компенсаційний механізм до системних прогалин.

Результати дослідження є інтелектуальною власністю БО «БФ «НАГД «ЗДОРОВІ».
При використанні матеріалів посилання на першоджерело обов'язкове.

ЗАГАЛЬНІ ВИСНОВКИ

Блоки про ментальне здоров’я і маршрутизацію підсвічують ще один важливий момент: певні процеси в закладах існують, але не завжди є “видимими” для управлінського рівня. З одного боку, психоемоційний стан пацієнта майже одностайно визнають важливим для результатів лікування, є базові підходи та канали інформування. З іншого — підтримка ментального здоров’я співробітників ще не стала стандартом, а підвищення кваліфікації часто тримається на самоосвіті та зовнішніх ресурсах, тобто менш кероване і менш рівномірне. У маршрутизації загальна оцінка взаємодії радше позитивна, але в окремих темах з’являється відчутна «зона невизначеності» (частина керівників не може впевнено оцінити стан/частоту певних практик). Те саме проявляється й у темі призначення психотропних препаратів: не стільки як доказ проблеми, скільки як сигнал, що процес не всюди стандартизований і прозорий для управлінського контролю, а значить ризики можуть залишатися непоміченими.

Системний контекст (реформа/НСЗУ та євроінтеграція) виглядає двошаровим. Перевагами реформи керівники найчастіше бачать фінансово-організаційні речі (прямі договори, автономія, посилення ролі менеджменту), а перешкодами — виконання вимог і нормативів: це відчутно напружує заклади, і головні причини знову ресурсні та управлінські (тарифи, суперечливість вимог). Важливо, що при цьому готовність до оновленого пакету послуг оцінюють радше позитивно — тобто мотивація і готовність рухатися є, але керівники часто вбачають занадто високу ціну входу. У євроінтеграції аналогічно: стандарти ЄС відчутно тиснуть через фінанси та технічну відповідність, а тема Зеленого курсу поки що має низьку практичну проникність (її реально впроваджувала невелика частка закладів), тому й рівень визначеності/розуміння наслідків нижчий.

У підсумку дослідження дає розуміння системи, яка бачить перспективу і розвивається: у багатьох напрямках є відчутний рух (сервіси, готовність до змін, розуміння важливих тем), але стабільний прогрес найчастіше потребує трьох речей, що повторюються у різних блоках: ресурсів (фінанси/обладнання), людей (кадри й навчання) та системності (прозорі процедури, облік, моніторинг, регулярні цикли управління).

Результати дослідження є інтелектуальною власністю БО «БФ «НАГД «ЗДОРОВІ».
При використанні матеріалів посилання на першоджерело обов'язкове.

ДЯКУЄМО ЗА УВАГУ!



Про ZDOROVI

ZDOROVI як провайдери змін у секторі охорони здоров'я зібрали в своїй команді професіоналів сфери охорони здоров’я, які з перших днів повномасштабного вторгнення російської федерації, як прояв своєї громадянської позиції, залишивши основні напрямки своєї діяльності та спрямували свої зусилля на допомогу постраждалим від військових дій.

ZDOROVI були засновані у липні 2013 року як організація, що створює освітні та дослідницькі проекти у сфері охорони здоров'я, які були тісно пов'язані з реформою. **ZDOROVI** реалізували інноваційні проекти спільно з UNICEF, USAID, GIZ, Deloitte та ЄБРР, замовлені українськими державними установами: МОЗ України, Міністерством цифрової трансформації України та НСЗУ.

Проте, починаючи з 24 лютого 2022 року, команда **ZDOROVI** реорганізувалася з метою створення ефективної системи надання гуманітарної медичної допомоги по всій Україні: **ZDOROVI** спрямували свої зусилля на допомогу жертвам війни та продовжують реалізовувати глобальні навчальні проекти, заходи з підтримки ментального здоров’я та проекти з підтримки реформи медичної системи.

Сьогодні **ZDOROVI** є одним з лідерів у наданні медичної гуманітарної допомоги та провідником поведінкових змін у секторі охорони здоров'я в Україні.

Більше інформації про нашу діяльність ви можете знайти на сайті:
https://www.zdorovi.help

strategy@zdorovi.agency

+38 050 272 09 02

Дослідження проведено БО «БФ «НАГД «ЗДОРОВІ» за підтримки Фонду «Аскольд і Дір», що адмініструється ICAP Єднання в межах проєкту «Сильне громадянське суспільство України – рушій реформ і демократії» за фінансування Норвегії та Швеції.

Результати дослідження є інтелектуальною власністю БО «БФ «НАГД «ЗДОРОВІ». При використанні матеріалів посилання на першоджерело обов'язкове.