

КОРОТКИЙ ЗВІТ

ЗВІТ № 1/2012

Назва: Платежі пацієнтів в Україні

Автори: Тетяна Степурко, Андрій Данилів, Тетяна Семигіна, Ірена Грига,
Мілена Павлова, Вім Гроот

Організація: Школа охорони здоров'я
Національного університету «Києво-Могилянська академія»

Департамент Досліджень послуг охорони здоров'я,
Маастріхтський університет, Нідерланди
(Health Services Research Department, Maastricht University)

РЕЗЮМЕ

Україна успадкувала радянську модель системи охорони здоров'я, яка майже не зазнала формальних, нормативно закріплених змін за часи незалежності. На тлі хронічного недофінансування системи виникло безліч різновидів квазі-офіційних платежів пацієнтів, що покликані компенсувати брак ресурсів із державного бюджету. Однак такі платежі суперечать нормі Конституції і не враховують основні принципи надання медичної допомоги - справедливості та рівного доступу.

В межах проекту ASSPRO CEE 2007, який фінансується Європейською Комісією, проведено національне репрезентативне дослідження, метою якого є з'ясувати досвід та ставлення українців до різних видів оплати за медичну допомогу. Дані були зібрані влітку 2010 р. в Болгарії, Угорщині, Литві, Польщі, Румунії та Україні та друга хвиля збору даних – влітку 2011 року в Болгарії, Угорщині та Україні з використанням ідентичної методології.

Співіснування квазі-офіційних та неофіційних платежів пацієнтів було засвідчено опитаними. Результатом таких хаотичних платежів є відкладання пацієнтами лікування через високу вартість медичної допомоги і непосильні витрати у випадку хвороби. Хоча в деяких випадках подарунок лікарю сприяє отриманню допомоги вищої якості, все ж таки більшість опитаних має негативне ставлення до такого роду взаємодії. На фоні інших країн, які брали участь в дослідженні, українська ситуація є вкрай несприятливою для здоров'я та достатку населення.

Проведене дослідження засвідчує потребу у впровадженні підходів, що не зачіпають конституційних норм, але водночас можуть зменшити фінансовий тягар на населення і підвищити ефективність системи охорони здоров'я.

Контекст

Україна успадкувала радянську модель системи охорони здоров'я (так звану модель Семашка). Ця система майже не зазнала формальних, нормативно закріплених змін за часи незалежності.

В 1996 р. Статтею 49 Конституції України держава проголосила право кожного на отримання безоплатної медичної допомоги.

Проте сучасні реалії дещо відмінні від конституційних норм. На тлі хронічного недофінансування системи охорони здоров'я виникло безліч різновидів платежів пацієнтів: починаючи від «благодійних внесків» (або так званих квазі-офіційних платежів), які запроваджують заклади охорони здоров'я, внесків до лікарняних кас до неофіційних платежів. Вони покликані компенсувати брак ресурсів із державного бюджету. Наразі, за даними Світового банку (2009 р.), частка державного фінансування у загальній структурі витрат на охорону здоров'я в Україні є однією з найменших серед європейських пострадянських країн (54 % від загальних витрат, тоді як в Литві – 68%, в Росії – 64%, Білорусі – 71%).

В Україні впродовж тривалого часу обговорювалися можливості впровадження соціального медичного страхування як ефективнішого механізму фінансування системи. Однак рішенням Конституційного Суду від 29.05.2002 р. такі дискусії завершилися. Водночас, не вся медична допомога в державних та комунальних закладах є «безоплатною». Так, Постановою 1138 Кабінету Міністрів України від 17.09.1996 р. визначено перелік медичних послуг, за які встановлюється офіційна оплата.

На стані системи охорони здоров'я України позначаються як зовнішні чинники (високий рівень корупції в країні, непрозорість дій влади, відсутність дієвих ініціатив, брак фінансування соціогуманітарної сфери), так і внутрішні організаційні проблеми, неефективне використання наявних ресурсів (надлишок вузькоспеціалізованих медичних працівників, брак середнього медичного персоналу і фахівців широкого профілю, значне число лікарень та лікарняних ліжок у містах; поганий стан сільських закладів, що пояснюється скромними можливостями місцевих бюджетів).

Цілі дослідження

В межах проекту ASSPRO CEE 2007 проведено дослідження, метою якого є з'ясувати досвід та ставлення українців до різних видів оплати за медичну допомогу.

Методологія дослідження

Представлені результати ґрунтуються на національних репрезентативних даних дослідження споживачів послуг охорони здоров'я. Дані зібрані влітку 2010 р. в країнах Центральної та Східної Європи: Болгарії, Угорщині, Литві, Польщі, Румунії та Україні та влітку 2011 року в Болгарії, Угорщині та Україні з використанням ідентичної методології.

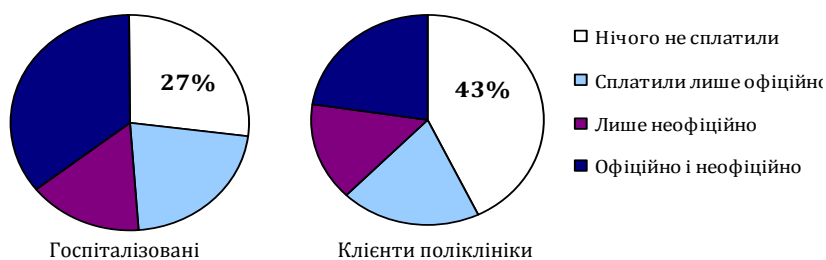
Метод збору даних – особистісні інтерв'ю, інструмент – формалізована анкета, яка містила питання щодо отримання поліклінічної медичної допомоги та госпіталізації протягом останнього року (липень 2009 – червень 2010 р.; липень 2010 – червень 2011 р.) та під час останнього візиту, ставлення до неофіційних платежів, також питання про бажання сплачувати офіційно за медичну допомогу, і на додачу, соціально-демографічні данні.

В кожній з країн-учасниць проекту проведено понад 1000 інтерв'ю.

Чи сплачують пацієнти за медичну допомогу в Україні?

Більше половини опитаних має досвід неофіційної оплати медичному персоналу за отриману допомогу. Так, близько **55 % опитаних коли-небудь дарували подарунок або давали готівку лікарям чи медсестрам**. Цей показник – один із найвищих серед країн, які брали участь у дослідженні.

Переважає більшість пацієнтів, а саме 57 % (323 особи), які відвідували поліклініку впродовж липня 2009 – червня 2010 р., сплачували за медичну допомогу, тоді як **за госпіталізацію оплачували з власної кишені – 73%** (130) пацієнтів у той самий період. Більше того, значна частка пацієнтів сплачує двічі – офіційно і неофіційно. Відмінності між даними 2010 та 2011 року не спостерігається.

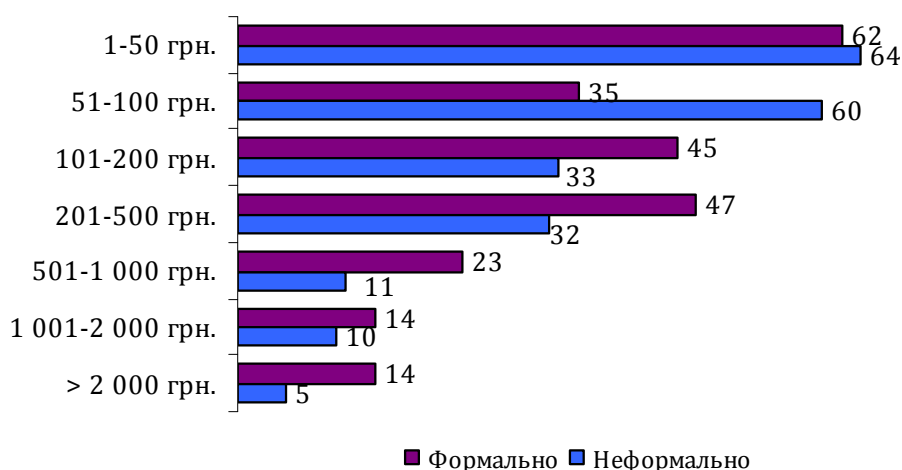


Скільки пацієнти сплачують за поліклінічну медичну допомогу?

Протягом липня 2009 – червня 2010 р медичну допомогу в поліклініці отримало 57% респондентів (такий самий відсоток і в 2011 році). Це найнижчий показник з-поміж європейських країн, які брали участь в дослідженні.

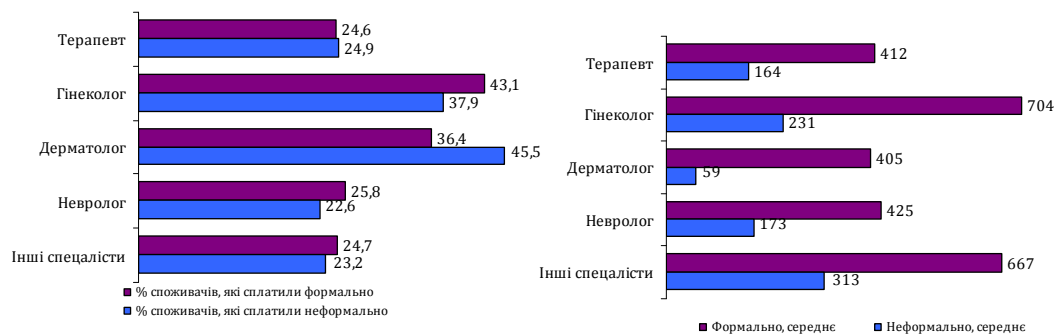
Незважаючи на законодавчу відсутність офіційної оплати в Україні, пацієнти стверджують, що сплачували за медичну допомогу офіційно.

Середнє значення формального платежу в 2010 році – 554 грн., а неофіційного – 335 грн. , тоді як в 2011 році – 1090 грн. та 510 грн. відповідно



Часто пацієнти не володіють інформацією щодо вартості лікування: 55% опитаних зазначають, що ніколи не знають, скільки будуть змушені заплатити за допомогу, і лише 10% завжди знає вартість свого лікування в поліклініці заздалегідь.

Данні 2011 року дозволяють оцінити витрати та мотиви пацієнтів в залежності від типу спеціаліста, до якого респондент звертався в свій останній візит (до аналізу включено часовий проміжок в 2,5 роки). Близько 40% респондентів сплачують формально та/чи неформально за допомогу гінекологу та дерматологу, а найдорожчими для кишені пацієнта є послуги гінеколога та деяких інших спеціалістів.

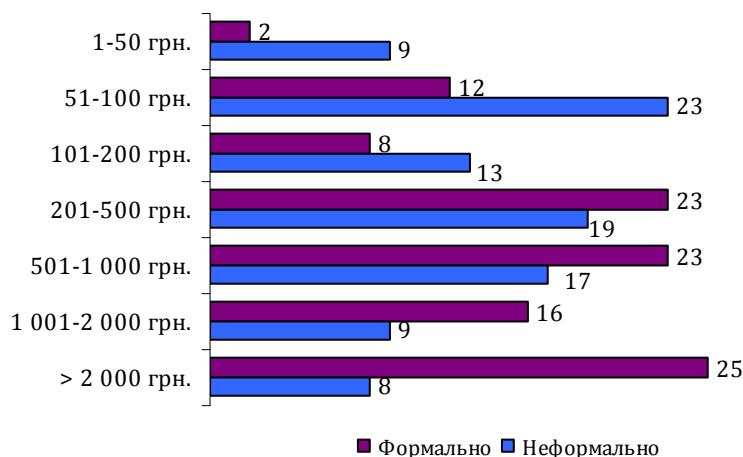


Основною ціллю неформального платежу за допомогу спеціаліста респонденти називають «більше уваги» (45,3%), покращення допомоги (25,2%) та інші цілі, наприклад більша доступність (29,5%). Більше того, близько 41% платників звітують про те, що неформальний платіж був зроблений на вимогу надавача послуг.

Скільки пацієнти сплачують за госпіталізацію?

Протягом липня 2009 – червня 2010 р. як і протягом липня 2010 – червня 2011 року 18% опитаних були госпіталізовані.

Середній розмір формальної оплати в 2010 році – 1809 грн., неофіційної – 847 грн., а в 2011 році – 1960 грн. та 1400 грн. відповідно.



Більше того, пацієнти стаціонару довше знаходяться в медичних закладах – в середньому 13 ночей і пов'язують свої витрати не лише з допомогою лікарів та медсестер, а й змушені купувати самостійно фармацевтичні препарати (77,8%), медичні засоби (57,7%), а також частіше, ніж мешканці інших Європейських країн змушені брати з собою до лікарні постіль, їжу та інші речі (50,5%). Більше того, витрати українських пацієнтів стаціонару на ліки майже в п'ять разів вищі, аніж в Угорщині чи Болгарії.

Додатково, данні 2011 року вказують на наявність та розмір платежів в залежності від типу стаціонарної допомоги. За хірургічні втручання пацієнти стаціонару сплачують найбільше **близько 90% респондентів сплачують формально за операцію чи за пологи**, також значними є і неформальні платежі,



Основною метою неформального платежу за стаціонарне лікування неформальні платники вказують на потребу в «більшій увазі» (44,6%), покращення допомоги (31,4%) та інші цілі, наприклад більша доступність (23,3%). Так само, як і в первинній ланці, у 43% випадків неформальний платіж був зроблений на вимогу надавача послуги.

Наскільки медична допомога в Україні є доступною?

Українці, як і румуни, відчувають значний фінансовий тягар від потреби сплачувати за медичну допомогу. У чотирьох інших країнах, де відбувалось дослідження, ситуація відмінна.

За даними опитування 2010 року, **51% представників домогосподарств не змогли відвідати лікаря в поліклініці і 18% не змогли госпіталізуватися** через те, що не могли собі цього дозволити.

19% (60 з 324) опитаних, які сплачували за поліклінічну медичну допомогу, зазначають, що їм необхідно було позичати гроші у друзів, або родичів (від 10 грн. до 8 000 грн., середнє значення – 1127 грн.) чи ж продавати цінні речі, щоб покрити витрати на отримання медичної допомоги в поліклініці. Також не всі мали кошти на госпіталізацію. 58 з 134 платників (43%) змушені були позичати гроші (від 10 грн до 10 500 грн., середнє значення – 2263 грн.).

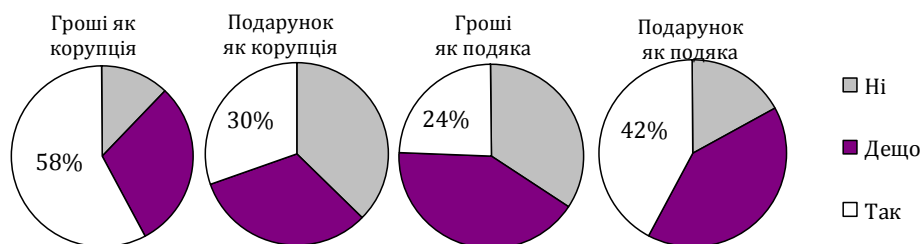
Як ставляться пацієнти до неофіційної оплати за медичну допомогу?

Серед опитаних переважає негативне ставлення до неофіційних платежів за медичну допомогу (лише 11% мають позитивне ставлення до них), як свідчать данні 2010 та 2011 років.

Ставлення до подарунків лікарям і медсестрам є іншим: 29 % опитаних має позитивне ставлення до цього. Наразі подарунки рідко асоціюються з оплатою «на вимогу», часто пацієнт виступає ініціатором дарування чогось; вартість подарунка, зазвичай, нижча в кілька разів, аніж оплата готівкою.

Майже дві третини респондентів сприймають неофіційну оплату за медичну допомогу як прояв корупції, а одна третина вважає корупцією й подарунок.

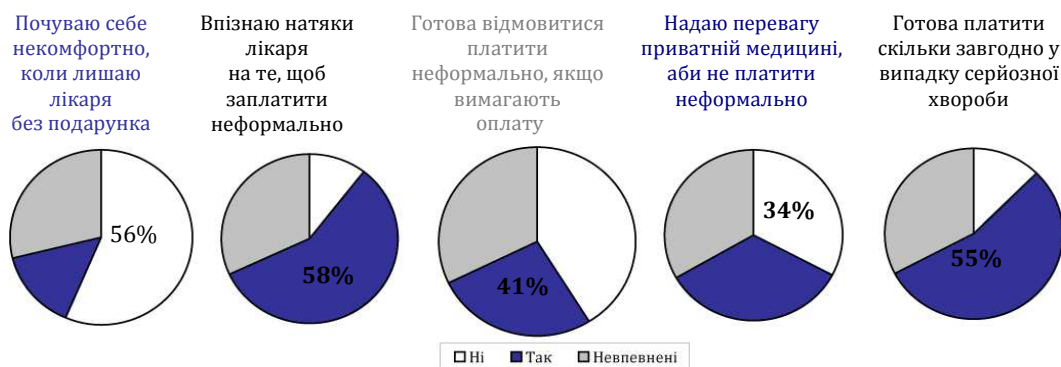
Як прояв вдячності розглядають неофіційну оплату менше чверті опитаних, а подарунок як такий прояв – 42% респондентів.



Науковці та дослідники вже намагалися дати пояснення існуванню неформальної оплати за медичну допомогу, виділено три основні рівні причин існування неофіційних платежів :

- на рівні системи охорони здоров'я (наприклад, недостатнє фінансування; послуги, чи допомога, низької якості та тяжкі в доступі; низька оплата праці медичних працівників; відсутність офіційної оплати за медичну допомогу; відсутність етичних стосунків та розвиненої й функціонуючої системи скарг; недостатньо розвинений приватний сектор).
- на загальнодержавному рівні (наприклад, недосконале функціонування державних установ, брак прозорості та підзвітності, високий рівень корупції в усіх секторах економіки, який ігнорується владними структурами, брак довіри до уряду, прийнятність використання зв'язків при зверненні за послугою в державну установу, чи пришвидшення процесу, або ж покращення якості послуги).
- на індивідуальному рівні (наприклад, традиції дарування подарунків висловлене пацієнтами як «всі це роблять»; установки пацієнтів).

Тож, в 2010 році були задані питання всім респондентам щодо сприйняття деяких аспектів поведінки, пов'язаної з неформальною оплатою.

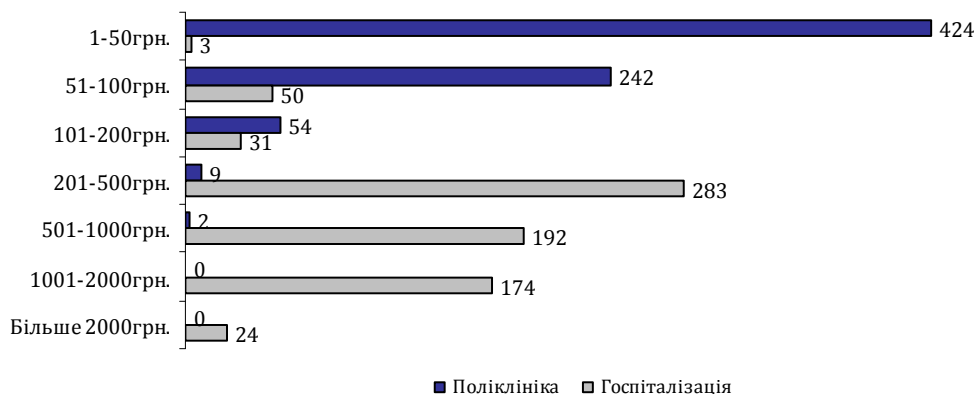


Чи готові пацієнти офіційно сплачувати за медичну допомогу?

Респонденти в цілому готові сплачувати за допомогу (послуги) лікарів.

75 % опитаних готові сплачувати за поліклінічну медичну допомогу, а 77% – за госпіталізацію належної якості; інші – не мають або можливості, або бажання сплачувати.

Середня сума, яку готові сплачувати респонденти за візит до лікаря, – 52,17 грн., за 5-тиденну госпіталізацію – 732,86 грн. у разі надання послуг найвищої якості та із швидким доступом. Ці суми значно менше, ніж те, що пацієнти сплачують зараз.



Хто і за що готовий сплачувати?

Результати моделювання споживчого вибору засвідчують, що найбільше на готовність людини сплачувати за медичні послуги впливають її вік, рівень доходу та стан здоров'я, а також якісні характеристики медичних послуг.

Люди, старші за 65 років, готові сплачувати за візит до лікаря значно менше, ніж представники інших вікових груп, а люди, старші за 55 років, – за госпіталізацію. Збільшення рівня доходу або покращення стану здоров'я суттєво підвищує готовність сплачувати за обидва види допомоги.

Серед якісних характеристик основним критерієм вибору залишається клінічна якість (репутація та майстерність). Однак, другим найважливішим фактором для амбулаторних послуг є інтерперсональні аспекти допомоги (ставлення медичного персоналу), в той час як стан обладнання та приміщень, а також часоїй вимір доступу є менш важливими. Для госпітальних послуг на перший план виходить клінічна безпека (стан обладнання), але й інтерперсональні аспекти є важливими, важачи більше у виборі лікарні ніж її часова доступність.

За що готові сплачувати пацієнти?

Пріоритет	Послуги лікаря	Госпіталізація
1	Репутація та майстерність	Репутація та майстерність
2	Ставлення персналу	Стан обладнання
3	Стан обладнання	Ставлення персналу
4	Стан приміщень	Стан приміщень
	Час добирання (-45хв.)	Час добирання (-2год.)
	Час очікування (-35хв.)	Час очікування (-3міс.)
Не.знач.	Спеціалізація лікаря	Стан приміщень

Чи потрібно змінювати ситуацію?

Лише 8 % опитаних не згодні з необхідністю викорінення неофіційних платежів пацієнтів.

**Галузеві
рекомендації**

Державні гарантії передбачають, що громадяни України повинні отримувати безоплатну медичну допомогу.

Неможливість реалізації цих гарантій призвели до хаотичної самоорганізації системи охорони здоров'я, змушеної формально зберегти універсалістський підхід із необхідністю залучати додаткові ресурси для виживання галузі через запровадження офіційних та неофіційних платежів за медичні послуги.

Проведене дослідження засвідчує потребу у впровадженні підходів, що не зачіпають конституційних норм, але водночас мають зменшити фінансовий тягар на населення і підвищити ефективність системи охорони здоров'я.

1. Необхідно нормативно визначити поняття «медична допомога», «послуги медичного закладу» (які можуть надавати «медичні послуги» та «готельні послуги», «послуги транспортування» тощо, що потребує розмежування).

2. З огляду на те, що в країні уже встановлена офіційна оплата за частину медичних послуг, доцільно визначити «базовий пакет медичних послуг», які мають надаватися кожному громадянину безоплатно. За інші послуги, не включені до цього пакету, має стягуватися оплата, яка у деяких випадках може не розповсюджуватись на малозабезпечені групи населення, а також на тих, хто змушений часто звертатися по допомогу через поганий стан здоров'я.

3. Необхідно розробити методологію оцінки вартості медичних послуг (медичного обслуговування), наприклад, за прийнятою в багатьох країнах методикою DRG (за діагностичними групами), та впровадити її як для планування бюджетів медичних закладів, так і визначення розмірів офіційної оплати.

4. Доцільно розробити модель споживацького попиту на медичні послуги за умов запровадження офіційних платежів, яка враховує вплив неформальних платежів, поведінку надавачів медичних послуг, преференції споживачів. На основі цього визначити перелік платних послуг, обсяги оплати, групи, які будуть повністю або частково звільнені від оплати, механізми офіційних платежів (прямі чи непрямі, їхні види); цьому мають передувати організаційні зміни, зокрема, автономізація закладів охорони здоров'я.

5. В існуючій мережі медичних закладів мають бути переглянуті послуги, що надаються, скорочений обсяг стаціонарної допомоги і збільшено обсяг амбулаторної, впроваджені сучасні профілактичні програми.

6. Для захисту прав пацієнтів на медичну допомогу та покращення якості допомоги у системі охорони здоров'я має бути:

- налагоджена робота із скаргами та заявами пацієнтів;
- створений орган, відповідальний за забезпечення прав пацієнтів, нагляд за дотриманням професійної етики з боку медичного персоналу;
- налагоджене більш ефективне інформування громадськості, зокрема, щодо їх прав та обов'язків, пов'язаних із збереженням здоров'я;
- впроваджена система громадського контролю (розвиток діяльності рад пацієнтів тощо).
- впроваджено підготовку медичних працівників в аспектах, що стосуються відносин з пацієнтом (формат спілкування, залучення в прийняття рішень, надання інформації тощо)

**Загальні
рекомендації**

1. У державі має бути посилено боротьбу з корупцією, забезпечено прозорість дій влади, зокрема, щодо розподілу та використання бюджетних коштів, фінансування закладів охорони здоров'я, здійснення зовнішнього та громадського аудиту виконання бюджетів медичних закладів.

2. Необхідно виконати конституційні норми щодо підтримки медичних закладів різної форми власності. Зокрема, здійснювати реальну підтримку приватного сектору охорони здоров'я:

- ухвалити нормативну базу, яка б регламентувала діяльність сектору платних медичних послуг, у тому числі на базі державних та комунальних закладів охорони здоров'я;
- стимулювати здешевлення медичних послуг у приватних закладах через встановлення податкових пільг для тих, хто надає медичні послуги за соціально прийнятними цінами та характеристиками.

3. Потрібно стимулювати розвиток індивідуального та корпоративного добровільного медичного страхування, лікарняних кас:

- держава повинна розробити правові механізми з метою надання в межах програм з добровільного медичного страхування можливості для страхових організацій повною мірою використовувати державні та комунальні заклади охорони здоров'я;
- зміна системи оподаткування: встановлення податкових пільг для власників полісів добровільного медичного страхування.

Координатор	<p>MAASTRICHT UNIVERSITY; The Netherlands Department of Health Services Research (HSR) Faculty of Health, Medicine and Life Sciences; Maastricht University Поштова адреса: P.O. Box 616, 6200 MD Maastricht; The Netherlands Адреса: Duboisdomein 30, 6229 GT Maastricht; The Netherlands</p> <p>Координатор проекту: Dr. Milena Pavlova (доцент) Тел: +31-43-3881705; E-mail: m.pavlova@maastrichtuniversity.nl</p> <p>Наукові координатори: Prof.Dr. Wim Groot (професор економіки охорони здоров'я) Тел: +31-43-3881588; E-mail: w.groot@maastrichtuniversity.nl Prof.Dr. Frits van Merode (віце-декан; професор операційного менеджменту) Тел: +31-43-3885962; E-mail: f.vanmerode@maastrichtuniversity.nl</p>
Консорціум	<p>Партнер в Болгарії: MEDICAL UNIVERSITY OF VARNA Department of Economics and Healthcare Management; Faculty of Public Health Medical University of Varna; Marin Drinov Str. 55; Varna 9002; Bulgaria Контактна особа: Dr. Emanuela Moutafova (керівник відділу) Тел: +359-52-634279; E-mail: dep_hcm@abv.bg</p> <p>Партнер в Угорщині: CENTER FOR PUBLIC AFFAIRS STUDIES FOUNDATION Fovam Ter 8; Budapest 1093; Hungary Контактна особа: Prof.Dr. Laszlo Gulacsi Тел: +36-1-4825147; E-mail: laszlo.gulacsi@uni-corvinus.hu</p> <p>Партнер в Литві: PUBLIC ENTERPRISE "MTVC" MTVC - training, research and development centre Antakalnio str. 22B, LT-10305 Vilnius, Lithuania Контактна особа: Dr. Liubove Murauskiene (директор) Тел: +370-5-2709250; E-mail: murauskiene@mtvc.lt</p> <p>Партнер в Польщі: UNIWERSYTET JAGIELLONSKI COLLEGIUM MEDICUM Institute of Public Health; Uniwersytet Jagiellonski Collegium Medicum Grzegórzecka 20; Krakow 31-531; Poland Контактна особа: Prof.Dr. Golinowska Stanisława (керівник відділу, професор) Тел: +48-12-4241393; E-mail: stellag@onet.pl</p> <p>Партнер в Румунії: SCOALA NATIONALA DE SANATATE PUBLICA, MANAGEMENT SI PERFECTIUNARE IN DOMENIUL SANITAR Vaselor 31, sector 2; Bucharest 021253; Romania Контактна особа: Ms. Constanta Mihaescu Pintia (керівник відділу) Тел: +40-21-2527834; E-mail: cmpintia@snspsms.ro</p> <p>Партнер в Україні: ШКОЛА ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я Школа охорони здоров'я; вул.Сковороди 2, Київ 04070; Україна Контактна особа: Ірена Грига (керівник) Тел: +38-44-4256580; E-mail: griga@ukma.kiev.ua</p>
Тривалість	31-03-2008 до 28-02-2013 (60 місяців)
Схема фінансування	Спільний проект
Бюджет	Внесок Європейської комісії до 1 446 496 Euro
Web-сторінка	<p>www.assprocee2007.com (англомовні ресурси); www.sph.ukma.kiev.ua (україномовні ресурси, підрозділ «Діючі проекти»)</p>