

INFORMAL PATIENT PAYMENTS
IN CENTRAL AND EASTERN EUROPEAN COUNTRIES

Dissertation

to obtain the degree of Doctor at Maastricht University,
on the authority of the Rector Magnificus, Prof. Dr. L.L.G. Soete
in accordance with the decision of the Board of the Deans,
to be defended in public on Friday 27 September 2013, at 10.00 hours

by

Tetiana Stepurko

Supervisor:

Prof. Dr. Wim Groot

Co-supervisors:

Dr. Milena Pavlova

Dr. Irena Gryga (National University of Kyiv-Mohyla Academy)

Assessment Committee:

Prof. Dr. J.A.M. Maarse (chair)

Prof. Dr. G.G. van Merode

Dr. S. Oksamytna (National University of Kyiv-Mohyla Academy)

Prof. Dr. R.Vos

Dr. M. Wynnickyj (National University of Kyiv-Mohyla Academy)

Acknowledgement of funding:

The study is financed by the European Commission under the 7th Framework Program, Theme 8 Socio-economic Sciences and Humanities, Project ASSPRO CEE 2007 (Grant Agreement no. 217431). The content of the publication is the sole responsibility of the author and it in no way represents the views of the Commission or its services.

SUMMARY

IN ENGLISH, DUTCH, UKRAINIAN AND RUSSIAN

Informal Patient Payments in Central and Eastern European Countries

SUMMARY

Out-of-pocket patient payments are a major source of health care funding in Central and Eastern European (CEE) countries. They take different forms, e.g. formal co-payments, quasi-formal charges and informal patient payments. Formal co-payments are regulated by national legislation and quasi-formal charges are set by the health care provider in the absence of clear government regulations. Informal payments (also known as “under-the-table” or “envelope” payments) comprise all unregistered patient payments for publicly-funded health care services. Informal patient payments claim more attention as ignoring these payments causes underestimation of total health expenditure and their hidden nature imposes a great challenge to health care provision in terms of accessibility as well as accountability and transparency. Overall, a huge variety in the nature and patterns of informal patient payments is reported across countries. Studies provide evidence on the variation in informal payment type (cash or in-kind gifts given by patients or their families), timing (before, after or during service provision), subject (out- or in-patient service), purpose (obtaining better quality or access), and motivation (physician’s request or patient’s initiative). As recent cross-country studies on informal patient payments are lacking, this dissertation enhances our understanding of informal patient payments by comparing their scale and pattern across CEE.

The general background of the dissertation presented in **Chapter 1** describes the escalation of the phenomenon of informal patient payment, its effects on health care provision and the reasons for its existence. In particular, empirical evidence suggests that informal patient payments affect the health care system in a complex and interrelated manner. Their impact on health care provision is revealed at the macro (system) level as they impede health care reforms, and at the micro (service) level by creating barriers to adequate care. Indeed, informal patient payments can distort policies that aim to improve efficiency and equity in the health care sector. At first sight both providers and informal payers benefit from the informal exchange. However, the allocation of public resources is also affected by the individual willingness to pay informally, not just the social value of the use of these resources. Most important however, informal patient payments distort equity since patients who cannot afford to pay informally might be deprived from adequate health care.

A few decades ago, informal patient payments were considered as mostly a socio-cultural phenomenon ('gratitude money'). Currently, multi-dimensional explanations, such as insufficient resources (low income of physicians) and inadequate governance (poor political-regulatory context) combined with the socio-cultural reasoning, prevail in the literature. These three dimensions are rather interwoven leading jointly to the existence of a specific pattern of informal patient payments in a country.

Previous studies suggest that informal patient payments are a key characteristic of nearly all CEE health care systems. Although empirical studies underline the need to eradicate informal patient payments due to their negative effects, these studies mostly focus on single countries and mainly on the scale and determinants of these payments. Consumer perceptions are rarely considered even in single-country studies. Therefore, this dissertation aims to study informal payments for health care services in CEE countries and to compare the level, scope and consumer's perceptions of informal patient payments in the region. The focus of the thesis is placed on six CEE countries at different stage of social and economic development - Bulgaria, Hungary, Lithuania, Poland, Romania, and Ukraine. These countries present an interesting context for a cross-country comparison given the past similarities in their health care sectors during the communist period, as well as the different pace of health care reforms during the transition.

With the objective to provide a base for the empirical analyses in this dissertation, **Chapter 2** systematically reviews previous studies on informal patient payments. The review has been carried out in 2010 and included English-language publications that report on empirical studies measuring informal patient payments. In total, 31 publications have been identified as relevant. The content of the publications is analyzed qualitatively to identify methodological difficulties in studying informal patient payments.

From a methodological perspective, the review suggests that informal payments for health care services are most often investigated in studies involving patients or the general public, but providers and officials are also sample units in some studies. The majority of the studies apply a single mode of data collection that involves either face-to-face individual interviews or group discussions. Overall, self-administrated questionnaires are seldom used as a research instrument. However, this mode is usually preferred when the subject matter is sensitive. Still, face-to-face interviews are considered the most adequate approach in obtaining a high response rate and do not require strong cognitive efforts of respondents to answer the questions.

One of the main methodological difficulties reported in the publications, concerns the inability of some respondents to distinguish between formal and informal payments. Therefore it is not surprising that we observe a variety of operational definitions of informal patient payments used in the studies. Most studies refer to the unique feature of informal patient payments of being unregistered (no official receipt of payment) and taking place outside the official payment channels. However, two opposite concepts of these payments emerge in the literature: “bribe” and “gratitude” or “fee-for-service” and “donation”. To distinguish truly gratitude informal payments that have practically no impact on health care service provision, from other types of informal payments (bribes) that undermine the functioning of the health care system, an operational definition of informal patient payments that reflect the key characteristics of these payments, is required. In our review, we outline these key characteristics and argue that they should be considered in cross-country comparisons instead of a universal definition. In particular, we suggest that researchers should not only aim to study the amount of the informal patient payment, but should also answer the question who is the initiator of the payment (consumer or provider), who pays (patient or family), and who is the beneficiary (individual provider, team of providers or institution). Also, the nature (monetary or not), moment (ex- or post-ante), purpose (obtaining better quality or access), and subject (out-patient or in-patient, surgery or laboratory tests) of the informal payment should be considered.

Last but not least, the key characteristics of informal patient payments studied, should also include the perceptions and attitudes towards these payments, which may vary within and across countries. Evidence on perceptions and attitudes towards informal patient payments may play an essential role in developing and implementing adequate strategies for dealing with these payments. In view of this, Chapter 3 and Chapter 4 focus on this issue.

In **Chapter 3**, we compare public attitudes, perceptions and opinions on informal patient payments in the six CEE countries mentioned above. The data for the analysis were collected in July 2010 in identical household surveys conducted simultaneously in Bulgaria, Hungary, Lithuania, Poland, Romania and Ukraine. A national representative multi-staged stratified random sample was drawn in each country. The objective was to have 1000 completed face-to-face interviews based on a standardized questionnaire per country. In Chapter 3, we analyze the data on public attitudes, perceptions and opinions collected in the country surveys. We apply cluster analysis to identify meaningful groups of respondents. Three cluster analyses are carried out each using one group of perception variables: (1) attitudes towards cash informal payments and in-kind gifts; (2) perceptions of informal

payments as corruption or gratuity; (3) opinions about the acceptability of informal patient payments. Based on the three cluster analyses, three variables indicating cluster membership per respondent are created and regressed in ordinal regression analysis to investigate the association between the cluster membership variables and a set of independent variables such as country variables, individual and household socio-demographic characteristics, and past experience with informal payments.

Irrespective of the country, we observe consistent negative attitudes towards informal cash payments. Also, informal cash payments are overall perceived as corruption, which is evidence of their social undesirability. The attitudes towards in-kind gifts are less negative and more mixed. These payments are more often perceived as gratitude than informal cash payments. More positive perceptions of informal payments in general are observed among those who have ever given in-kind gifts rather than those who have ever paid informally in cash. This difference in perceptions regarding informal cash and in-kind payments is reported in previous studies as well, and it confirms the importance of distinguishing between the two types of payments in policy analysis and research.

Furthermore, we observe cross-country differences. In particular, public perceptions in some countries (especially in Poland but also in Bulgaria) are less in favor of informal patient payments than in other countries (especially in Hungary and Ukraine). The less positive attitudes and perceptions towards informal patient payments in Poland can be attributed to the successful anti-corruption policies supported by mass-media and relatively better governance in the country than in neighboring countries.

In **Chapter 4**, we examine the association between informal payments for health care services (actual behavior) and perceptions of health care consumers about paying informally (perceived behavior statements) as well as socio-demographic characteristics. The chapter analyzes data collected in the same country surveys described for Chapter 3. In particular, respondents are asked to confirm, deny, or express ambiguity about five perception statements that indicate individual acceptance or willingness to pay informally for health care (e.g. feeling uncomfortable when leaving the physician's office without a gratitude payment, or being unable to refuse to pay informally if asked). In addition to data on respondents' perceptions about making informal patient payments and socio-demographic data, informal patient payments for health care services by users during the last 12 months are also reported. Both in-kind gifts and cash payments are included in the wording of the question when respondents are asked about the size of informal payments during the last 12 month. We carry out binary regression analysis where the actual behavior of making informal patient payments

is the dependent variable while individual perceptions about making informal payments and socio-demographic features are taken as independent variables.

The results of the cross-country comparison in Chapter 4 suggest that health care users in Bulgaria and Poland are less inclined to make informal payments, while health care users in Romania and Ukraine most often report such payments. The informal payment rates for Hungary and Lithuania fall between these two groups. In all six countries, individuals who feel uncomfortable when leaving the physician's office without a gratuity and who feel unable to refuse the request of medical staff to pay informally, more often make informal payments. Also, it should be pointed out that the statistical significance of the relations reported in regression analyses in Chapter 4 varies among the countries, which indicates a dissimilar explanatory power of the consumer perceptions depending on the country. This underlines the importance of country-specific strategies for dealing with informal patient payments

When we compare the association of perceived behavior statements and socio-demographic features with actual behavior of making informal payments to health care providers, we find a lower relevance of socio-demographic characteristics compared to perceived behavior. Indeed, the behavioral pattern of making informal patient payments is mostly associated with patient's perception statements while socio-demographic features play minor role in explaining this pattern. Specifically, we observe that those who feel uncomfortable to leave without a gratitude payment and who feel unable to refuse to pay informally if asked, more often report making informal payments than the rest of the respondents. Hence, policy-makers should develop strategies on informal patient payments elimination taking into account the importance of these personal constructions

With the objective to examine the level and patterns of informal patient payments in CEE, **Chapter 5** studies informal patient payments in Bulgaria, Hungary and Ukraine. The chapter examines in detail the variation in informal patient payments with regards to the country and year of occurrence, type of service used, the purpose and initiator of the payment. The data are collected based on national representative samples. The data collection is finalized after having about 1000 and 800 effective interviews per country in 2010 and 2011 respectively. In 2010 and 2011, respondents are asked about their consumption and expenditure (total and informal) on out- and in-patient health care services during the preceding 12 months. For informal patient payments, respondents are asked to include both cash payment and the value of in-kind gifts. Socio-demographic data are surveyed as well in both years. In 2011, more detailed information is collected on payments for the last visit to a physician and last hospitalization, including type of care, size of formal and informal

payments, purpose and mechanism of the informal payment, as well as payments for other goods (e.g. medical supplies, pharmaceuticals, bed linen, food) that the patient brought for the treatment.

The results of the cross-country comparison suggest a relatively higher prevalence of informal patient payments in Hungary and Ukraine than in Bulgaria, where patients also meet formal service charges in the public sector. More than 35% of health care users in Ukraine report informal payments for physician visits during the preceding 12 months in addition to widespread quasi-formal payments. In Hungary, this share is more than 20% while in Bulgaria it is less than 10%. Regarding hospitalizations, the percentage of service users who report informal payments is also higher in Hungary and Ukraine (more than 40%) and lower in Bulgaria (10-20%). We do not observe major differences in the magnitude of the annual informal payments across the two years.

Informal payments are more spread and higher when they are solicited or expected by providers. However the relatively high prevalence of informal patient payments in Hungary does not follow this logic since informal payments in Hungary are mostly initiated by the consumers. A considerable number of informal payers (also in Hungary) report 'better attention' and 'better quality' as the main reasons of informal payment. Furthermore, the probability and the size of the informal payment is to a great extent determined by the type of service consumed (GP or specialist, out-patient or in-patient care). The trend of a higher number of users who make more expensive informal payments to specialists when compared to GPs remains noticeable. It is similar for surgery and childbirth compared to other hospital interventions.

The quantitative results presented in Chapter 5 also suggest that the number of payers and the amounts paid (including informal payers) are highest for hospitalizations related to childbirth or pregnancy. For example, in Hungary and Ukraine, about half of the in-patients report informal payments for pregnancy or delivery, although the median value of these payments is about 70 – 100 euro while total payment is about two – three times higher.

Given the peculiarities of obstetric services and taking into account the UN millennium development goals, we had a deeper look on the informal payments and its behavioral patterns related to childbirth. Therefore, **Chapter 6** provides results on a qualitative study on maternity care conducted in the capital of Ukraine that explores the experience of consumers and providers with informal payment for childbirth. Insufficient data on maternity care provision in CEE countries (also in Ukraine) have drawn our attention to the qualitative aspects of the process of informal payments. We have applied the method of

ethnographic study that enables us to learn more about local specificity of human behavior related to the process and nature of informal patient payments for childbirth. The data on informal patient payments for this study were collected in Kiev, in the period of December 2008 - April 2009. We relied on qualitative research methods, namely face-to-face semi-structured interviews. Three groups of respondents were included: key informants (experts), young mothers and obstetricians. The method of convenience sampling was used in case of key informants and mothers, while obstetricians were included based on the snow-ball sampling method. In total, twenty respondents participated in the study: eleven women who gave birth during the last two years; six obstetricians who worked in Kiev maternity hospitals; and three key-informants.

The results suggest there are two groups of patients in the Ukrainian maternity care ward: “individual patients” who have found a “personal obstetrician” before the childbirth and agreed with the obstetrician the childbirth services and related payments, and “emergency room patients” who do not have a “personal obstetrician” though they may still pay a variety of charges. We have also found two push-factors that lead to a search for a “personal obstetrician” in Ukraine: the need for twenty-four-hours access to reliable information and the need for psychological comfort during the childbirth. Thus, gaining better “service wrapping” (reliable information, better attention, responsiveness) against the background of feelings of anxiety is seen by patients as a strategy to avoid “substandard care”.

The obstetricians in our qualitative study were quite open about the redistribution of the informal payments among medical staff as well as the use of money to buy pharmaceuticals and to maintain physicians’ wards. As a result, informal payments not only add to the salary of the obstetricians but also to the salary of other staff and to the budget of the hospital facility. In fact, the low salary of medical staff was indicated by both obstetricians and mothers in our study as the main cause for the existence of informal payments. Thus, informal payments remain an unregulated tool that ensures extra payments to health care providers when adequate reimbursement policies are lacking.

Finally, **Chapter 7** summarizes the main findings of the studies presented in the dissertation, discussion on limitations of the methods and results, its policy implications as well as concluding remarks. The research described in this dissertation suggests that attitudes and perceptions of informal patient payments and their patterns vary significantly among the CEE countries. Negative, positive and indifferent public attitudes exist simultaneously, solicited payments are present together with gratitude payments, though the proportion of these contrasting categories differs in the region. Variations in regulatory mechanisms,

availability of alternatives to informal payments as a means for achieving better quality and access, and level and sources of funding can explain the cross-country diversity. It presents key added value of the dissertation.

Meanwhile, the devotion to accepting, giving and relying on informal patient payments observed in the CEE region can become a great obstacle in introducing health care reforms in any of the countries. Thus, strategies for dealing with informal patient payments and their causes are urging. As was indicated in Chapter 1, informal patient payments can be jointly explained by the performance of the health care system as well as by the social culture, overall economic development and governance in the country. These four dimensions are placed in a PRECEDE – PROCEED model for developing a comprehensive policy agenda for the elimination of informal patient payments. Indeed, the model provides the possibility to bring together all constructs relevant to the understanding of a behavior and to evaluate the implementation of the intervention. The application of the model for the elimination of informal patient payments is suggested.

Overall, the ability of the government to ensure a good performance of the public sector in general and of the health care sector in particular, is seen as a key factor for avoiding shadow practices. However, so far, political decision-making in the CEE region has been mostly based on the interests of business (the medical elites in case of health care) without considering evidence-based strategies and public opinions. This impedes real positive changes in public service provision regardless of the policy goals stated by the CEE governments. Therefore, changes in governments and international organization interventions may give a stimulus to improve governance and the culture of management of all public sectors. The ultimate challenge for CEE policy-makers is to realize that when informal patient payments appear in health care, it also aggravates the health and wealth of the nation.

Informele betalingen van patiënten aan de gezondheidszorg in Centraal- en Oost-Europese landen

Samenvatting

Eigen betalingen (out-of-pocket payments) van patiënten aan de gezondheidszorg dragen aanzienlijk bij aan de financiering van de gezondheidszorg in Centraal- en Oost-Europese landen. Er zijn verschillende vormen van eigen betalingen te onderscheiden, zoals een formele eigen bijdrage die is vastgesteld door de overheid, schijnbaar formele kosten die bepaald worden door de zorgverlenende instelling bij gebrek aan nationale wetgeving op dat gebied en de informele betalingen van patiënten aan een de zorginstelling. Onder deze informele betalingen worden alle ongeregistreerde betalingen van patiënten aan door de overheid gefinancierde diensten in de zorgsector verstaan. Het buiten beschouwing laten van deze informele en verborgen betalingen leidt tot een onderschatting van de totale uitgaven in de gezondheidszorg en brengt de toegang tot, het afleggen van rekenschap en de transparantie van de gezondheidszorg in het geding.

In hoofdstuk 1 wordt besproken hoe de informele betalingen zijn geëscaleerd, wat de effecten van informele betalingen zijn op het leveren van diensten in de gezondheidszorg en waarom deze informele betalingen bestaan. Enkele decennia geleden werden informele betalingen nog gezien als een sociaal-cultureel fenomeen (een uiting van dankbaarheid). Vandaag de dag duiken er in de literatuur multi-dimensionale verklaringen op zoals financieringstekorten en slecht bestuur in combinatie met sociaal-culturele factoren. Deze drie dimensies zijn nauw verweven en leiden gezamenlijk tot een specifiek patroon van informele betalingen van patiënten aan de gezondheidszorg in een land.

Voorgaande studies suggereren dat informele betalingen karakteristiek zijn voor bijna alle Centraal- en Oost-Europese (COE) zorgsystemen. Empirische studies richten zich vooral op de schaal en de determinanten van de informele betalingen in afzonderlijke landen terwijl de percepties van de zorgconsumenten nauwelijks worden meegenomen.

Dit proefschrift bestudeert informele betalingen aan de gezondheidszorg in verschillende Centraal- en Oost-Europese landen, en vergelijkt de reikwijdte, het niveau, en de percepties van de zorgconsumenten over deze betalingen in de regio. De focus van het proefschrift ligt op zes COE landen in verschillende stadia van sociale en economische ontwikkeling – Bulgarije, Hongarije, Litouwen, Polen, Roemenië en Oekraïne. Het feit dat

deze landen een vergelijkbaar socialistisch verleden hebben en tegelijkertijd een verschillende ontwikkeling hebben doorgemaakt in de gezondheidszorghervormingen in de post-Sovjet periode, maakt de vergelijking tussen de verschillende landen interessant.

Hoofdstuk 2 legt een basis voor de empirische analyses in dit proefschrift en evalueert systematisch voorgaande studies over informele betalingen van patiënten. In totaal zijn 31 Engelstalige publicaties gebaseerd op empirisch onderzoek geïdentificeerd als zijnde relevant. De inhoud van de publicaties is geanalyseerd om de methodologische moeilijkheden waar het de studie van informele betalingen betreft te identificeren. De evaluatie van de bestaande literatuur laat zien dat het fenomeen informele betalingen het meest aan bod komt in studies over patiënten of het brede publiek, alhoewel er ook studies zijn waar zorgverleners en zorgfunctionarissen aan bod komen. De meerderheid van de studies maakt gebruik van een unieke set van data die gegenereerd zijn door persoonlijke interviews of groepsdiscussies. Schriftelijke enquêtes worden zelden gebruikt terwijl dit een gebruikelijke methode is wanneer het onderzoek gevoelig ligt bij de doelgroep. Persoonlijke interviews waarborgen een hoge respons en vragen weinig cognitieve competenties van de geïnterviewden om de vragen te kunnen beantwoorden, met name als het gaat om onderzoek dat moeilijk in te kaderen is.

Om betalingen die uitingen van dankbaarheid zijn (die nauwelijks invloed hebben op het zorgsysteem) te kunnen onderscheiden van andere vormen van informele betalingen (zoals steekpenningen die het functioneren van de gezondheidszorgsector ondermijnen) is een operationele definitie van informele betalingen vereist. Deze definitie moet de belangrijkste karakteristieken van informele betalingen weerspiegelen. Onderzoekers zouden niet alleen oog moeten hebben voor het aantal informele betalingen, maar zouden ook antwoord moeten vinden op de vraag wie het initiatief tot betalen neemt (de consument of de zorgverlener), wie er betaalt (de patiënt of zijn familie), en wie de begunstigde is (de individuele zorgverlener, een team van zorgverleners of een instituut). Ook moet er rekening gehouden worden met het soort betaling (in cash of niet), het moment van betaling (voor of na de verlening van zorg), het doel van de betaling (om toegang tot zorg of een betere kwaliteit van zorg te krijgen), en het onderwerp van de betaling (een poliklinische patiënt of een interne patiënt, voor een operationele ingreep of laboratorium testen). Als laatstgenoemde, maar daarom niet minder belangrijk, moeten de percepties van en opvattingen over deze informele betalingen die binnen en tussen landen kunnen verschillen, in ogenschouw worden genomen. Bewijsbare kennis van percepties en opvattingen kunnen een essentiële rol spelen in de ontwikkeling en

implementatie van adequate strategieën om deze betalingen het hoofd te kunnen bieden. Hoofdstuk 3 en 4 zullen hier over gaan.

In hoofdstuk 3 worden de standpunten, opvattingen en meningen ten aanzien van informele betalingen in de bovengenoemde Centraal- en Oost-Europese landen met elkaar vergeleken. De data zijn verzameld in juli 2010 door middel van identieke onderzoeken onder huishoudens die gelijktijdig uitgevoerd werden in Bulgarije, Hongarije, Litouwen, Polen, Roemenië en Oekraïne. In ieder land werd een nationaal representatieve getrapte en gestratificeerde steekproef genomen. Het doel was 1000 volledige individuele interviews te verkrijgen op basis van een gestandaardiseerde enquête per land. In hoofdstuk 3 worden de data betreffende standpunten (positief of negatief), opvattingen (betaling in cash of in natura wordt gezien als corruptie of dankbaarheid), en meningen over de redenen en behoefte om informele betalingen stop te zetten, geanalyseerd in een clusteranalyse om zinvolle respondentengroepen te identificeren. Vervolgens worden drie variabelen, die bepalen tot welk cluster een respondent behoort, door middel van een ordinale regressieanalyse gerelateerd aan een set van onafhankelijke variabelen zoals land, sociaal-demografische karakteristieken van individuen en huishoudens en eerdere ervaringen met informele betalingen. Ongeacht het land worden de consistente negatieve standpunten en opvattingen dat informele betalingen een vorm van corruptie zijn geïnterpreteerd als een bewijs van de sociale onwenselijkheid van informele betalingen.

De verschillen die er tussen landen bestaan suggereren dat de publieke opinie in sommige landen (vooral in Polen maar ook in Bulgarije) minder positief is over informele betalingen dan andere landen (zoals Hongarije en Oekraïne). Meer positieve opvattingen over informele betalingen worden vaker geobserveerd bij degenen die ooit een betaling in natura hebben gedaan dan bij diegenen die ooit een betaling in cash hebben gedaan. Dit verschil in opvattingen wat betreft informele betalingen in natura en in cash komt ook in andere studies naar voren en het bevestigt het belang om een onderscheid te maken tussen deze twee soorten van informele betalingen in beleidsanalyses en –onderzoek.

In hoofdstuk 4 worden de link tussen informele betalingen aan de gezondheidszorg en de opvattingen van zorgconsumenten over deze betalingen (waargenomen verklaringen van gedrag) alsmede sociaal-demografische karakteristieken, onderzocht. In het hoofdstuk worden dezelfde data geanalyseerd die uit de onderzoeken beschreven in hoofdstuk 3 voortgekomen zijn. Aan de respondenten wordt gevraagd om vijf verschillende opvattingen te bevestigen dan wel te ontkennen, of neutraal te antwoorden, die de bereidheid tot het doen van een informele betaling aanduiden (bijv. zich ongemakkelijk voelen wanneer er na een

doktersbezoek geen betaling uit dankbaarheid wordt gedaan of niet in staat zijn een verzoek tot een informele betaling te weigeren). De resultaten van de vergelijking tussen de verschillende landen laat zien dat zorgconsumenten in Bulgarije en Polen minder geneigd zijn informele betalingen te doen, terwijl zorgconsumenten in Roemenië en Oekraïne het vaakst dergelijke betalingen melden. In alle zes landen doen zorgconsumenten die zich ongemakkelijk voelen als ze na een doktersbezoek geen informele betaling doen of als ze niet in staat zijn een verzoek tot een informele betaling te weigeren, vaker informele betalingen. Ook moet worden genoemd dat de statistische significantie van de relaties die aangetoond worden in de regressieanalyses in hoofdstuk 4 tussen de landen varieert. Dit onderstreept het belang van landenspecifieke strategieën om de informele betalingen aan te pakken.

Hoofdstuk 5 heeft als doel het niveau en de patronen van informele betalingen aan de gezondheidszorg in Centraal- en Oost-Europa te onderzoeken. Variaties in informele betalingen met betrekking tot het land en het jaar waarin deze voorkomen, het type zorg dat is gebruikt, het doel en de initiatiefnemer van de betaling, worden uitgebreid onderzocht. De data zijn verzameld aan de hand van nationaal representatieve steekproeven in de grootte van 800-1000 interviews per land in respectievelijk 2010 en 2011. Het resultaat van de vergelijking tussen de landen laat een hogere prevalentie van informele betalingen in Hongarije (20%) en Oekraïne (35%) zien dan in Bulgarije (9%). Informele betalingen zijn hoger en wijder verspreid wanneer zij worden verzocht of verwacht door de zorgverlener. Desalniettemin verklaart dit niet de relatief hoge prevalentie van informele betalingen in Hongarije waar zij meestal het initiatief zijn van de zorgconsument. Een aanzienlijk aantal informele betalers (ook in Hongarije) geeft aan ‘meer aandacht’ en ‘betere kwaliteit’ te krijgen als reden waarom zij informele betalingen doen. Daarnaast wordt de waarschijnlijkheid en de grootte van de informele betalingen voor een groot deel bepaald door het type zorg dat geleverd wordt (huisarts of specialist, poliklinische patiënt of een interne patiënt). Er is een trend zichtbaar van een groter aantal gebruikers dat meer betaalt aan specialisten dan aan huisartsen. Dit geldt ook voor chirurgie en verloskunde in vergelijking met andere zorgdomeinen. De kwantitatieve resultaten die gepresenteerd worden in hoofdstuk 5 laten ook zien dat het aantal betalers en de hoogte van de bedragen het grootst zijn voor interventies gerelateerd aan zwangerschap en bevallingen. In Hongarije en Oekraïne bijvoorbeeld, meldt de helft van de ondervraagde interne patiënten dat zij informele betalingen hebben gedaan voor interventies gerelateerd aan zwangerschap en bevallingen. De mediaanwaarde van deze betalingen is tussen de 70 en 100 euro terwijl de totale kosten die de patiënt moet betalen 2 tot 3x hoger is.

Een nadere beschouwing van informele betalingen en bijbehorende gedragspatronen gerelateerd aan bevallingen wordt gepresenteerd in hoofdstuk 6, waar de resultaten uit eerdere hoofdstukken en de millennium ontwikkelingsdoelen besproken worden. Een kwalitatieve, etnografische studie in Kiev onder twintig respondenten (11 vrouwen die in de twee jaar voor het interview zijn bevallen, 6 verloskunde-artsen die werken in kraamklinieken in Kiev, en 3 sleutelinformanten) die persoonlijk zijn geïnterviewd door middel van semi-gestructureerde interviews, laat zien dat er een onderscheid gemaakt kan worden tussen twee verschillende groepen patiënten in de kraamkliniek. Zo zijn er ‘individuele patiënten’ en ‘patiënten op de eerste hulp’ die geen persoonlijke verloskunde-arts hebben maar mogelijk wel diverse kosten moeten betalen. Twee push-factoren leiden naar de wens voor een ‘persoonlijke verloskunde-arts’: de behoefte aan 24 uren-toegang tot betrouwbare informatie en de behoefte aan psychologisch comfort tijdens de bevalling. Tegen een achtergrond van bezorgdheid wordt het verkrijgen van een betere service (betrouwbare informatie, aandacht, ontvankelijkheid) door patiënten gezien als een strategie om ondermaatse zorg te vermijden. Daarnaast dragen informele betalingen niet alleen bij aan het salaris van de verloskunde-artsen maar ook aan de salarissen van andere medewerkers en aan het ziekenhuisbudget. Feitelijk zijn de lage salarissen van het medisch personeel voor de verloskunde-artsen en de moeders in het onderzoek de belangrijkste reden voor het bestaan van informele betalingen. Wanneer een adequaat vergoedingsbeleid ontbreekt, zijn informele betalingen een niet gereguleerd hulpmiddel van de patiënten om de zorgverlening te verbeteren.

Hoofdstuk 7 bevat de belangrijkste resultaten van de dissertatie, waaronder implicaties voor beleid, een discussie over de beperkingen, en een conclusie. Het onderzoek beschreven in deze dissertatie laat zien dat standpunten en opvattingen over informele betalingen sterk variëren tussen de COE landen. Negatieve, positieve en onverschillige publieke houdingen bestaan naast elkaar; verzoeken om betalingen en betalingen uit dankbaarheid komen gelijktijdig voor, alhoewel de proporties kunnen verschillen in de regio. Variaties in regulerende mechanismen, de aanwezigheid van alternatieven in plaats van informele betalingen om betere kwaliteit van en toegang tot zorg te verkrijgen, en het niveau en de oorsprong van de gelden verklaren de diversiteit tussen de landen. De meerwaarde van deze dissertatie ligt in het groot aantal landen dat mee wordt genomen ter vergelijking, het verduidelijken van de relaties tussen de ervaringen met informele betalingen en de standpunten van de respondenten en de karakteristieken van de verleende zorg.

Tegelijkertijd kan acceptatie van informele betalingen en het feit dat men er op rekent in de COE landen een obstakel vormen voor veranderingen in de gezondheidszorg.

Strategieën om de informele betalingen een halt toe te roepen zijn daardoor noodzakelijk. Een belangrijke factor hierin is het vermogen van de regeringen een sterke publieke sector en gezondheidszorgsector te waarborgen. Veranderingen in regeringen en interventies vanuit internationale organisaties kunnen het bestuur en de managementcultuur van alle publieke sectororen verbeteren.

Неформальні платежі пацієнтів в країнах Центральної та Східної Європи

Анотація

Платежі пацієнтів за медичну допомогу з власної кишені є основним джерелом фінансування охорони здоров'я в країнах Центральної та Східної Європи. Такі платежі пацієнтів існують в різних формах, наприклад, формальні платежі, які регулюються національним законодавством, а також квазі-формальна оплата, що встановлюється надавачами медичних послуг за відсутності виразно визначених національних норм. Доповнюють цей перелік платежів і неформальні витрати з кишені пацієнтів, які включають в себе всі незареєстровані платежі пацієнта за медичну допомогу, що фінансується державою. Такі незареєстровані сплати потребують особливої уваги, оскільки ігнорування неформальних платежів породжує недооцінку загальних витрат на систему охорону здоров'я, а їх прихований характер робить проблематичною доступність і прозорість надання медичної допомоги.

У розділі 1 дисертації подано загальну характеристику неформальних платежів пацієнтів, розвиток цього явища, причини та наслідки існування неформальних платежів. Зокрема, наголошується, що кілька десятиліть тому, неформальні платежі пацієнтів розглядали здебільшого як соціально-культурне явище. Нині ж у літературі переважає багатовимірний підхід до розуміння цього явища, а саме пояснення з позицій браку ресурсів, а також належного врядування, які поєднані з соціально-культурними особливостями. Ці три виміри неформальних платежів пацієнтів та переплетіння цих вимірів є досить унікальними для кожної окремо узятій країни та формують неповторну картину.

Попередні дослідження свідчать, що неформальні платежі пацієнтів є важливою складовою майже всіх систем охорони здоров'я країн Центральної та Східної Європи (далі – ЦСЄ). Емпіричні ж дослідження неформальних платежів пацієнтів переважно зосереджені на окремо узятих країнах і здебільшого на масштабах та детермінантах цих платежів, тоді як сприйняття споживачів вивчається вкрай рідко, навіть у дослідженнях в одній країні. Таким чином, мета цієї дисертації – вивчення неформальних платежів за медичну допомогу, співставлення рівня, масштабу таких платежів, ставлення споживачів до них у країнах ЦСЄ. Основну увагу в дисертації приділено шістьом країнам ЦСЄ, які перебувають на різних етапах соціально-економічного розвитку – Болгарії, Угорщині, Литві, Польщі, Румунії та Україні. Ці країни являють собою

цікавий приклад для порівнянь з урахуванням, з одного боку, подібності їхніх секторів охорони здоров'я в минулому, в соціалістичний період, а іншого – різних темпів реформи системи охорони здоров'я в пост-соціалістичний час.

Для обґрунтування дизайну емпіричного аналізу, здійсненого в дисертації, в розділі 2 зроблено систематичний огляд попередніх досліджень неформальних платежів пацієнтів. Загалом, 31 англomовна публікація, в якій йдеться про емпіричні дослідження, була ідентифікована як така, що відповідає умовам пошуку. Зміст публікацій проаналізовано на предмет виявлення методологічних труднощів у вивченні неформальних платежів пацієнтів. Огляд свідчить, що неформальні платежі за медичну допомогу досліджують переважно з позицій пацієнтів чи загального населення, в деяких дослідженнях одиницями вибірки стають посадові особи й надавачі послуг. Більшість досліджень звертається до одного способу збору даних – особистих чи групових інтерв'ю. Такий інструмент дослідження як самозаповнювана респондентом анкета застосовують зрідка, хоча саме такому методу мала б бути надана перевага в дослідженнях на чутливу тематику. І все ж таки особисті інтерв'ю вважають найадекватнішим методом у разі, коли виникає потреба в отриманні малої кількості відмов від участі в дослідженні і не вимагається висока інтелектуальна діяльність респондентів при відповіді на питання, особливо за умов невизначеного явища. Для того, аби відрізнити неофіційний платіж як справжню подяку, що практично не впливає на характер наданої медичної допомоги, від інших типів неформальної оплати (хабарів), які підривають функціонування системи охорони здоров'я, варто звернутися до робочого визначення неформальних платежів пацієнтів, в якому відображено ключові характеристики. Зокрема, в дисертаційному дослідженні припускається, що дослідники повинні не лише мати на меті вивчення розміру неофіційних платежів пацієнта, а й відповісти на питання: хто є ініціатором платежу (споживач або надавач), хто саме сплачує (пацієнт або його сім'я), хто є отримувачем (індивідуальний надавач послуг, група провайдерів чи ж установа). Окрім того, мають бути враховані такі риси неформальної оплати, як природа (грошова чи ні), момент сплати (до чи після допомоги), мета (отримання кращої якості або доступу) і предмет оплати (амбулаторна або стаціонарна допомога, хірургічне втручання чи лабораторний тест). Останнім, але не менш важливим моментом вивчення характеристик неформальних платежів пацієнтів мають також бути сприйняття і ставлення до цих платежів, які можуть варіюватися залежно від країни. Сприйняття і ставлення до неофіційних платежів пацієнта може відігравати важливу роль у розробці та реалізації адекватних стратегій,

спрямованих на розв'язання цієї проблеми. З огляду на важливість суспільного ставлення та сприйняття в політичному контексті розділи 3 та 4 зосереджені на цих аспектах.

У розділі 3 суспільна думка відносно неформальних платежів, ставлення громадськості до них і сприйняття порівнюються на прикладі країн ЦСЄ, про які йшлося вище. Дані для аналізу були зібрані в липні 2010 року в ідентичних дослідженнях домогосподарств, проведених одночасно в Болгарії, Угорщині, Литві, Польщі, Румунії та Україні. Національна репрезентативна багатоступінчаста стратифікована випадкова вибірка була застосована в кожній країні з метою проведення 1000 завершених особистих інтерв'ю на основі стандартизованої анкети. У розділі 3 в кластерному аналізі почергово застосовані дані щодо громадського ставлення (позитивного чи негативного), сприйняття (на оплату готівкою чи на подарунок в натуральній формі вішається ярлик корупції чи подяки) і наостанок громадська думка про причини явища і потребу викорінення неформальних платежів. Після виявлення змістовних груп, три змінні, в яких зазначено членство респондента в кластері, проаналізовані як залежні змінні в регресійному аналізі з тим, щоб вивчити зв'язок між кластерним членством і набором незалежних соціально-демографічних характеристик, попереднім досвідом неформальної сплати за медичну допомогу. Порівняння між досліджуваними країнами виявило, що скрізь спостерігається переважно негативне ставлення і сприйняття неформальних платежів готівкою як корупції, що свідчить про соціальну небажаність цього явища. Порівняння між країнами ЦСЄ вказують на те, що в деяких країнах (особливо в Польщі, але також і у Болгарії) сприйняття суспільством неформальних платежів є менш прихильним порівняно з іншими (особливо в Угорщині та Україні). Більш позитивне ставлення до неформальної оплати за медичну допомогу в цілому спостерігається серед тих, хто має досвід дарування подарунків, і в меншій мірі серед тих, хто має досвід неформальної оплати грошима. Така різниця в сприйнятті неформальних платежів у натуральній та грошовій формах помічена і в попередніх дослідженнях, що підтверджує важливість відокремлення цих двох форм оплати в політиці і в дослідженнях.

У розділі 4 особливу увагу приділено вивченню зв'язку між здійсненням неформальної оплати за медичну допомогу (реальна поведінка) і сприйняттям неформальної оплати пацієнтами (твердження щодо можливої уявної поведінки), з урахуванням соціально-демографічних характеристик респондентів. В цьому розділі проаналізовані дані, зібрані за тією ж методологією, про яку йшлося в розділі 3.

Респондентів просили підтвердити, спростувати або висловити невпевненість щодо п'яти тверджень, які вказують на особистісне сприйняття або готовність платити неформально за медичну допомогу (приклад твердження – пацієнт почувається некомфортно, коли виходить з кабінету лікаря без прояву вдячності; пацієнт не може відмовити на прохання персоналу сплатити неформально). Результати порівнянь між країнами ЦСЄ доводять, що болгарські та польські пацієнти виявляють меншу схильність до здійснення неофіційних платежів пацієнтів, в той час як респонденти з Румунії та України частіше звітують про такі випадки. У всіх шести країнах люди, які відчують себе ніяково, якщо лишають кабінет лікаря без «подяки», а також які вважають, що неспроможні відмовити на прохання медичного персоналу платити неформально, частіше вдаються до практики неформальної оплати. Окрім того, варто зазначити, що статистична значущість зв'язків отриманих в регресійному аналізі у Розділі 4 варіюються між країнами. Це доводить важливість розробки стратегії, спрямованої на викорінення неформальних платежів пацієнтів у конкретній країні з урахуванням важливості таких особистих установок.

Враховуючи завдання роботи – виявити рівень і особливі риси неформальних платежів пацієнтів у ЦСЄ – у розділі 5 неформальні платежі пацієнтів вивчено на прикладі Болгарії, Угорщини та України. Досліджено різноманіття неформальних платежів пацієнтів залежно від країни і років, в які здійснювалася оплата, від різновиду медичної допомоги, від мети та ініціатора оплати. Дані були зібрані в 2010 і в 2011 роках (в межах національних репрезентативних вибірок, розмір яких близько 1000 і 800 завершених інтерв'ю відповідно). Порівняння між країнами виявили відносно високу поширеність неформальних платежів пацієнтів в Угорщині (20%) і України (35%), аніж в Болгарії (9%). Неформальні платежі вищі й більш поширені, коли вони вимагаються чи очікуються надавачами послуг. Тим не менше, відносно висока поширеність неформальних платежів пацієнтів в Угорщині є виключенням з такої логіки, оскільки там неформальна сплата здебільшого ініційована пацієнтами. Значна кількість неформальних оплат (Угорщина не виняток) має на меті отримати «більше уваги» чи ж «кращу якість». Більше того, імовірність здійснення і розмір неформального платежу значною мірою визначається різновидом спожитої медичної допомоги (лікар загальної практики чи спеціаліст, амбулаторна чи стаціонарна допомога). Так, помічено більшу кількість пацієнтів, які здійснюють високі неформальні сплати за спеціалізовану медичну допомогу на відміну від допомоги, наданої лікарем загальної практики. Аналогічна ситуація спостерігається і у разі хірургічного втручання та пологів у

порівнянні з іншими втручаннями, зробленими в стаціонарі. Кількість платників і сплачені суми (зокрема неформально) є найвищими у випадках госпіталізації, пов'язаної з пологами або вагітністю. Наприклад, в Угорщині та Україні близько половини пацієнтів стаціонару повідомляють стосовно здійснення неформальної сплати під час вагітності чи пологів, і хоча середнє значення цих платежів становить близько 70 – 100 євро, загальна сума платежу є вдвічі-втричі вищою за неформальну.

Зважаючи на отримані у дисертаційному дослідженні результати та Цілі тисячоліття ООН у розділі 6 представлено детальніший погляд на неформальні платежі та поведінкові моделі, пов'язані з народженням дитини. Результати якісного етнографічного дослідження, проведеного в Києві (особисто опитано двадцять респондентів, зокрема, одинадцять жінок, які народили протягом останніх двох років, шість акушерів-гінекологів, які працюють в київських пологових будинків; і три ключових інформанти), – дають підстави виокремити дві групи пацієнтів у пологових будинках: «приватні пацієнти» та «по швидкій». Останні не мають «індивідуального акушер-гінеколога», хоч вони можуть здійснювати різноманітні платежі. Було виявлено два фактори, які мотивують майбутніх батьків до пошуку «приватного акушер-гінеколога»: потребу в цілодобовому доступі до надійного джерела інформації та необхідність психологічного комфорту під час пологів. Таким чином, спроба отримати найкращу «обгортку послуги» (перевірену інформацію, більше уваги та чуйність) на тлі почуття тривоги сприймається пацієнтами як стратегія, що дає змогу уникнути «допомоги, яка не відповідає стандартам». Крім того, неформальна оплата з кишені пацієнта не лише виступає доповненням до зарплати акушерів-гінекологів, а й до зарплат інших співробітників, так само як і до бюджету лікарняного закладу. Справді, низька заробітна плата медичного персоналу в дослідженні вказується як акушерами-гінекологами, так і матерями як основна причина існування неформальних платежів. Таким чином, за відсутності адекватної політики нарахування заробітної плати, неформальні платежі виявляються інструментом в руках деяких пацієнтів, який дозволяє впливати на «обгортку» отриманої допомоги.

Розділ 7 узагальнює основні результати дослідження, представленого в дисертації, пропонує можливості використання результатів цієї роботи в політиці, а також містить обговорення обмежень і прикінцеві зауваження. Дисертаційне дослідження припускає, що ставлення і сприйняття пацієнтами неформальних платежів, а також картина платежів пацієнтів істотно різняться між країнами ЦСЄ. При цьому одночасно виявляються негативне, позитивне і байдуже громадське ставлення,

оплата на вимогу наявна разом з платежами-вдячністю, хоча частка цих контрастних категорії різниться в регіоні. Відмінності між країнами ЦСЄ можуть бути пояснені багатоманіттю регуляторних механізмів, наявністю альтернатив неофіційним платежам як засобу для отримання доступу до послуги чи її кращої якості, а також рівнем та джерелами фінансування. Основна ж цінність дисертації полягає в тому, що залучено велику кількість країн для порівняння й розуміння зв'язків між досвідом оплати і ставленням респондентів як і особливістю наданої послуги.

Тим часом, прихильність до отримування, надання та покладання на неформальні платежі пацієнтів, що спостерігається в країнах ЦСЄ, можуть стати істотною перешкодою під час реформування систем охорони здоров'я в кожній із країн. Таким чином, стратегії, спрямовані на розв'язання проблеми неформальних платежів пацієнтів та причин їхнього існування, мають бути пріоритетом в порядку денному урядів країн. Загалом, здатність уряду забезпечити належну роботу структур державного сектора в цілому і сектора охорони здоров'я, зокрема, розглядають як ключову передумову для запобігання тіньових практик. Зміни в державному управлінні та залучення міжнародних організацій можуть стати стимулами для покращення врядування та управлінської культури у всіх державних секторах.

Неформальные платежи пациентов в странах Центральной и Восточной Европы

Аннотация

Платежи пациентов за медицинскую помощь из их собственного кармана являются основным источником финансирования здравоохранения в странах Центральной и Восточной Европы. Такие платежи пациентов существуют в различных формах, например, формальные платежи, регулируемые национальным законодательством, и квази-формальная оплата, устанавливаемая поставщиками медицинских услуг при отсутствии четко установленных национальных норм. Дополняют этот список неформальные платежи пациентов, включающие в себя все незарегистрированные платежи пациента за медицинскую помощь, финансируемую государством. Такие незарегистрированные оплаты требуют особого внимания, поскольку игнорирование неформальных платежей порождает недооценку общих затрат на систему здравоохранения, а их скрытый характер делает проблематичной доступность и прозрачность предоставления медицинской помощи.

В разделе 1 диссертации подано общую характеристику феномена неформальных платежей пациентов, развитие этого явления, причины и последствия существования неформальных платежей. В частности отмечается, что несколько десятилетий назад неформальные платежи пациентов рассматривались преимущественно как социально-культурное явление. Теперь в литературе преобладает многоаспектный подход к пониманию этого явления, а именно объяснение с позиций нехватки ресурсов, а также надлежащего управления, неразрывно связанных с социально-культурными особенностями. Эти три измерения неофициальных платежей пациентов и переплетения этих измерений достаточно уникальны для каждой отдельно взятой страны и формируют неповторимую картину.

Предыдущие исследования показывают, что неформальные платежи пациентов являются важной составляющей многих систем здравоохранения стран Центральной и Восточной Европы (далее – ЦВЕ). Эмпирические же исследования неформальных платежей пациентов в основном сфокусированы на отдельно взятых странах и в основном на масштабах и детерминантах этих платежей, тогда как восприятие потребителей изучается крайне редко, даже в исследованиях в одной стране. Таким образом, цель данной диссертации – изучение неформальных платежей за медицинскую помощь, сравнение уровня, масштаба таких платежей, отношения

потребителей к ним в странах ЦВЕ. Основное внимание в диссертации уделяется шести странам ЦВЕ, находящихся на разных этапах социально-экономического развития – Болгария, Венгрия, Литва, Польша, Румыния и Украина. Эти страны представляют собой интересные примеры для сравнений с учетом, с одной стороны, сходства их секторов здравоохранения в прошлом, в социалистический период, а с другой – различных темпов реформы системы здравоохранения в пост-социалистическую эпоху.

Для обоснования эмпирического анализа, произведенного в диссертационном исследовании, в разделе 2 сделан системный обзор предыдущих исследований неформальных платежей пациентов. В целом 31 англоязычная публикация, в которой идет речь об эмпирических исследованиях, была идентифицирована как соответствующая условиям поиска. Содержание публикаций проанализировано на предмет выявления методологических трудностей в изучении неформальных платежей пациентов. Обзор показывает, что неформальные платежи за медицинскую помощь исследуются преимущественно с позиций пациентов или общего населения, в некоторых исследованиях единицами выборки становятся также должностные лица и поставщики услуг. Большинство исследований обращается к одному методу сбора данных – личным или групповым интервью. Такой инструмент исследования как самозаполняемая респондентом анкета применяется редко, хотя именно такой метод обладает преимуществом в исследованиях на чувствительную тему. И все же личные интервью считаются наиболее адекватным методом, когда есть потребность в получении малого количества отказов от участия в исследовании и не требуется высокая интеллектуальная деятельность респондентов при ответе на вопрос, особенно в условиях неопределенного явления, существующего в четких границах. Для того, чтобы отличить неофициальный платеж как настоящую благодарность, практически не влияющую на характер оказываемой медицинской помощи, от других типов неформальной оплаты (взяток), подрывающих функционирование системы здравоохранения, следует обратиться к рабочему определению неформальных платежей пациентов, в котором отображаются их ключевые характеристики. В данной диссертации предполагается, что исследователи должны не только иметь целью изучение размера неофициальных платежей пациента, но также должны ответить на следующие вопросы: кто является инициатором платежа (потребитель или провайдер), кто именно платит (пациент или его семья), кто является бенефициаром (индивидуальный провайдер, группа провайдеров или учреждение). Кроме того, такие черты неформальной оплаты как природа (денежная или нет), момент оплаты (до или

после помощи), цель (получение лучшего качества или доступа) и предмет оплаты (амбулаторная или стационарная помощь, хирургическое вмешательство или лабораторный тест) должны быть учтены. Последним, но не менее важным моментом изучения характеристик неформальных платежей пациентов должны также быть восприятие и отношение к этим платежам, которые могут варьироваться в зависимости от страны. Восприятие и отношение к неофициальным платежам пациента может играть важную роль в разработке и реализации адекватных стратегий, нацеленных на решение этой проблемы. Учитывая важность общественного отношения и восприятия в политическом контексте, раздел 3 и раздел 4 сосредоточены на этих аспектах.

В разделе 3 общественное отношение относительно неформальных платежей, восприятие общественности и мнения пациентов сравниваются на примере стран ЦВЕ, о которых говорилось выше. Данные для анализа были собраны в июле 2010 года в идентичных исследованиях домохозяйств, проведенных одновременно в Болгарии, Венгрии, Литве, Польше, Румынии и Украине. Национальная репрезентативная многоступенчатая стратифицированная случайная выборка была применена в каждой стране с целью проведения 1000 завершенных личных интервью на основе стандартизированной анкеты. В разделе 3 в кластерном анализе поочередно применены данные относительно общественного отношения (положительного или отрицательного), восприятия (на оплату наличными или на подарок в натуральной форме вешается ярлык коррупции или благодарности) и напоследок общественное мнение о причинах явления и потребность искоренения неформальных платежей. После обнаружения содержательных групп три переменные, в которых указано членство респондента в кластере, проанализированы в качестве зависимой переменной в регрессионном анализе с тем, чтобы изучить связь между кластерным членством и набором независимых как социально-демографических характеристик, так и с предыдущим опытом неформальной оплаты за медицинскую помощь. Во всех странах наблюдается преимущественно негативное отношение и восприятие неформальных платежей наличными как коррупции, что свидетельствует о социальной нежелательности этого явления. Сравнения между странами ЦВЕ указывают на то, что в некоторых странах (особенно в Польше, но и в Болгарии) восприятие обществом неформальных платежей является менее благосклонным по сравнению с другими (особенно в Венгрии и Украине). Более позитивное отношение к неформальным платежам за медицинскую помощь в целом наблюдается среди тех, кто имеет опыт дарения подарков, и в меньшей степени среди тех, кто имеет опыт неформальной

оплаты деньгами. Такая разница в восприятии неформальных платежей в натуральной и денежной формах замечена и в предыдущих исследованиях, что подтверждает важность отделения этих двух форм оплаты в политике и в исследованиях.

В разделе 4 особое внимание уделено изучению связи между осуществлением неформальной оплаты за медицинскую помощь (реальное поведение) и восприятием неформальной оплаты пациентами (утверждение о возможной мнимой поведения) с учетом социально-демографических характеристик респондентов. В этом разделе проанализированы данные, собранные по той же методологии, о которой говорилось в разделе 3. Респондентов просили подтвердить, опровергнуть или выразить неуверенность в пяти утверждениях, указывающих на личностное восприятие или готовность платить неформально за медицинскую помощь (пример утверждения – пациент чувствует некомфортно, когда выходит из кабинета врача без проявления благодарности или же пациент не может отклонения просьбы персонала оплатить неформально). Результаты сравнений между странами ЦВЕ сравнений показывают, что болгарские и польские пациенты проявляют меньшую склонность к совершению неофициальных платежей пациентов, в то время как респонденты из Румынии и Украины чаще отчитываются о таких случаях. Во всех шести странах люди, чувствующие себя неловко, если оставляют кабинет врача без «благодарности», а также считающие, что могут отказать в просьбе медицинского персонала платить неформально, чаще прибегают к практике неформальной оплаты. Кроме того, следует отметить, что статистическая значимость связей, полученных в регрессионном анализе в разделе 4, варьируется между странами. Это подчеркивает важность разработки стратегии, нацеленной на искоренение неформальных платежей пациентов в конкретной стране с учетом важности таких личных установок.

Учитывая задачи работы – выявить уровень и особые черты неформальных платежей пациентов в ЦВЕ – в разделе 5 неформальные платежи пациентов изучаются на примере Болгарии, Венгрии и Украины. Исследовалось многообразие неформальных платежей пациентов в зависимости от страны и года, в которые производилась оплата, от типа медицинской помощи, от цели и инициатора оплаты. Данные были собраны в 2010 и в 2011 годах (рамках национальных репрезентативных выборок, размер которых составляет около 1000 и 800 завершённых интервью соответственно). Сравнения между странами выявили относительно высокую распространенность неформальных платежей пациентов в Венгрии (20%) и Украине (35%), чем в Болгарии (9%). Неформальные платежи выше и более распространены, когда они требуются и

ожидаются поставщиками услуг. Тем не менее, относительно высокая распространенность неформальных платежей пациентов в Венгрии является исключением из такой логики, поскольку там неформальная оплата в основном инициируется пациентами. Значительное количество неформальных оплат (Венгрия не исключение) имеет целью получить «больше внимания» или же «лучшее качество». Более того, вероятность осуществления и размер неформального платежа в значительной степени определяется типом потребленной медицинской помощи (врач общей практики или же специалист, амбулаторная или стационарная помощь). Так, замечено большее количество пациентов, осуществляющих высокие неформальные оплаты за специализированную медицинскую помощь в отличие от помощи, предоставленной врачом общей практики. Аналогичная ситуация замечена и в случаях хирургического вмешательства и при родах по сравнению с другими вмешательствами, сделанными в стационаре. Количество плательщиков и уплаченной суммы (в том числе неформально) являются самыми высокими в случаях госпитализации, связанной с родами или беременностью. Например, в Венгрии и Украине, около половины пациентов стационара сообщают об осуществлении неформальной уплаты во время беременности или родов, и хотя среднее значение этих платежей составляет около 70 - 100 евро, общая сумма платежа является в два - три раза выше неформальной.

Учитывая полученные результаты и Цели тысячелетия ООН, в разделе 6 представлено более глубокое изучение неформальных платежей и поведенческих моделей, связанных с рождением ребенка. Результаты качественного этнографического исследования, проведенного в Киеве (лично опрошено двадцать респондентов, в частности, одиннадцать женщин, родивших в течение последних двух лет, шесть акушеров-гинекологов, работающих в киевских роддомов, и три ключевых информанта), позволяют выделить две группы пациентов в родильных домах: «частные пациенты» и «по скорой». Последние не имеют «индивидуального акушера-гинеколога», хотя они могут осуществлять различные платежи. Было выявлено два фактора, мотивирующие будущих родителей к поиску «частного акушера-гинеколога»: потребность в круглосуточном доступе к надежному источнику информации и необходимость психологического комфорта во время родов. Таким образом, попытка получить лучшую «обертку услуги» (проверенную информацию, больше внимания и отзывчивость) на фоне чувства тревоги воспринимается пациентами как стратегия, позволяющая избежать «помощи, не отвечающей установленным стандартам». Кроме того, неформальная оплата из кармана пациента не только выступает дополнением к

зарплате акушеров-гинекологов, но и к зарплатам других сотрудников, так же как и в бюджет лечебного учреждения. Действительно, низкая заработная плата медицинского персонала в исследовании указывается как акушерами-гинекологами, так и матерями как основная причина существования неформальных платежей. Таким образом, при отсутствии адекватной политики начисления заработной платы, неформальные платежи являются инструментом в руках некоторых пациентов, который позволяет влиять на «обертку» получаемой помощи. .

В завершение раздел 7 обобщает основные результаты исследования, представленного в диссертации, предлагает возможности использования результатов данной работы в политике, а также содержит обсуждение ограничений и заключительные замечания. Диссертационное исследование предполагает, что отношение и восприятие пациентами неформальных платежей, а также картина платежей пациентов существенно отличаются между странами ЦВЕ. При этом одновременно проявляются отрицательное, положительное и безразличное общественное отношение, оплата по требованию сосуществует вместе с платежами–благодарностью, хотя доля этих контрастных категорий различается в регионе. Различия между странами ЦВЕ могут быть объяснимы многообразием регуляторных механизмов, наличием альтернатив неофициальным платежам как средства для получения доступа к услуге или ее лучшего качества, а также уровнем и источниками финансирования помощи. Основной ценностью диссертации является привлечение большого количества стран для сравнения, понимания взаимоотношений между опытом оплаты и отношением респондентов как и особенностью предоставляемой услуги.

Между тем приверженность к получению, предоставлению и опора на неформальные платежи пациентов, что наблюдается в странах ЦВЕ, могут стать существенными препятствиями в ходе реформирования систем здравоохранения в каждой из стран. Таким образом, стратегии, направленные на решение проблемы неформальных платежей пациентов и причин их существования, должны быть приоритетом в повестке дня правительств стран. В общем, способность правительства обеспечить надлежащую работу структур государственного сектора в целом и сектора здравоохранения, в частности, рассматривается как ключевая предпосылка для предотвращения теневых практик. Изменения в государственном управлении и привлечение международных организаций могут стать стимулами для улучшения менеджмента и управленческой культуры во всех государственных секторах.