

НЕФОРМАЛЬНІ ПЛАТЕЖІ ПАЦІЄНТІВ МЕДИЧНИХ ЗАКЛАДІВ В УКРАЇНІ ТА БОЛГАРІЇ

У статті представлено результати міжнародного репрезентативного дослідження щодо платежів пацієнтів медичних закладів у країнах Центральної та Східної Європи, а саме масштаби поширення та особливості існування неформальних платежів пацієнтів у Болгарії та Україні, які становлять цікаві для порівняння випадки з огляду на відмінності в системі охорони здоров'я, як і в загальному політико-економічному контексті. Результати порівняння вказують на значно більше поширення неформальних платежів пацієнтів в Україні, аніж у Болгарії. Досвід неформальної оплати значною мірою пояснюється типом спожитої послуги та деякими соціодемографічними характеристиками респондентів, що також різниться у випадках Болгарії та України.

Ключові слова: неформальні платежі пацієнтів, амбулаторна допомога, стаціонарна допомога, Україна, Болгарія.

Неформальні платежі пацієнтів, або, іншими словами, «хабарі», «подяки» та «оплата у конверті», є невід'ємною складовою систем охорони здоров'я країн Центральної та Східної Європи, хоча масштаби цього явища суттєво різняться між країнами регіону [8; 9]. Неформальні платежі становлять один з підвидів платежів пацієнтів за медичну допомогу з власної кишені, останні ж є основним джерелом фінансування охорони здоров'я в Центральній та Східній Європі (рис. 1). Платежі з власної кишені пацієнтів існують у різних формах, наприклад у вигляді формальних платежів, які регулюються національним законодавством, а також у вигляді квазі-формальної оплати, що нерідко встановлюється іституціоналізованими надавачами медичних послуг у деяких регіонах за відсутності виразно визначених національних норм [26]. Доповнюють цей перелік платежів також усі незареєстровані платежі пацієнта за фінансовану державою медичну допомогу – це так звані неформальні платежі, яким притаманні різні часові характеристики (до чи після допомоги), різна мотивація (наприклад, за кращу допомогу, щоб не стояти в черзі) тощо [2; 7; 24]. Такі незареєстровані сплати потребують особливої уваги, оскільки ігнорування неформальних платежів породжує недооцінку загальних витрат на систему охорони здоров'я. Хоча, на перший погляд, «хабарі і подяки» дають можливість надавачам послуг – лікарям, медсестрам, фельдшерам – отримати більший дохід, а пацієнтам чи їхнім сім'ям не стояти в черзі та отримати змістовніший інформаційний супровід і допомогу від «кращого» лікаря, однак система та її основні засади: до-

ступність, рівність і справедливість – страждають від наявності незареєстрованих в офіційному обліку платежів [12; 14].

Ще кілька десятиліть тому неформальні платежі пацієнтів розглядали здебільшого як соціально-культурний феномен. Нині ж у літературі переважає багатовимірний підхід до розуміння цього явища, а саме пояснення з позицій браку ресурсів, а також неналежних практик врядування, які так само поєднані з соціально-культурними особливостями [12; 15; 28]. Ці три виміри неформальних платежів пацієнтів, як і їхнє переплетіння, зазвичай досить унікальні для кожної окремо взятої країни, формуючи неповторну картину. Більше того, прояви чи види неформальних платежів можуть відображати системні негаразди, скажімо, більша частка неформальних платежів на вимогу може існувати в тій системі, де хронічно недостатньо коштів та бракує дієвості етичного кодексу надавача допомоги.

Система охорони здоров'я як первинне середовище, в якому існують неформальні платежі пацієнтів, зазнала істотних змін протягом останніх десятиліть, що також позначилося на загальній картині неформальних платежів. Так, фінансування системи охорони здоров'я у країнах Центральної та Східної Європи змінилося з кінця 1980-х років з бюджетної форми, що базувалась на системі загального оподаткування, створеної в комуністичний період, на систему соціального медичного страхування. Крім того, було запроваджено нові політики та відповідні практики платежів пацієнтів, що перетворило платежі з кишені пацієнта на основне джерело фінансування охорони здоров'я в цьому регіоні [22].

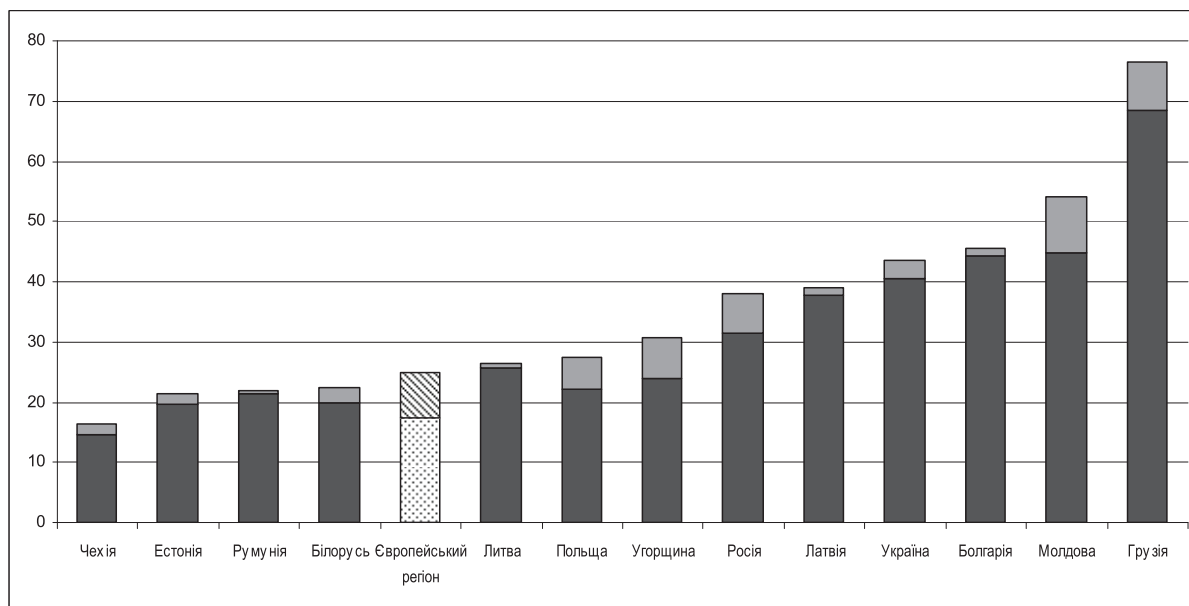


Рис. 1. Платежі з кишені пацієнта та інші особисті витрати на охорону здоров'я як відсоток від загальних витрат на охорону здоров'я в країнах Центральної та Східної Європи в 2010 р. [31]

Примітка. Стовпчики вказують на частку приватних витрат у загальному обсязі витрат на охорону здоров'я, темна область – витрати з кишені пацієнта, світліші області – інші приватні витрати, наприклад приватне страхування, однак неформальні платежі не завжди включені до цих даних.

Наприклад, у Болгарії з 2000 р. запроваджено соціальне медичне страхування, а на додачу були законодавчо встановлені формальні платежі пацієнтів з метою збільшення ефективності при споживанні медичної допомоги (обмеження необґрунтованого споживання медичних послуг). Так, при споживанні допомоги на первинній ланці формальна сплата становить 1 % від мінімальної заробітної плати за місяць, яка щорічно встановлюється урядом Болгарії, та 2 % при стаціонарному лікуванні – за перші десять днів госпіталізації, тоді як швидка допомога лишилася безоплатною [6]. Однак не всі верстви населення змушені платити за медичну допомогу з власної кишені, адже існує низка винятків: наприклад, діти до 18 років і деякі професійні групи не повинні загалом сплачувати за допомогу, тоді як пенсіонери та особи з низьким доходом сплачують лише частково. На пацієнтові також відбилися й організаційні зміни, впроваджені здебільшого на первинній ланці. Усталилася практика сімейного лікаря як «воротаря» системи охорони здоров'я [6; 23], а бажання деяких пацієнтів одразу звернутися до певного спеціаліста має бути оплачено з їхньої кишені. Проте стаціонарна допомога не зазнала таких істотних змін. Більше того, загальний політико-економічний контекст останніх років у Болгарії також вказує на успішність врядування, підтвердженням чого є вступ до Європейського Союзу в 2007 р., який супроводжувався посиленою боротьбою з корупцією,

що не могло не позначитися на рівні неформальних платежів у медицині. Зміна уряду в 2009 р., економічний розвиток – це все дало підстави для кращих показників, які стосуються врядування та економіки [19; 31].

В Україні ж спостерігаються дещо інші тенденції як у реформуванні системи охорони здоров'я, так і в загальному політико-економічному оточенні. Такі гарантії держави, як де-юре безоплатна для споживача медична допомога в державних закладах охорони здоров'я не підкріплюються відповідним державним фінансуванням [10; 17], а отже, не перетворюється на практику де-факто. Хронічний брак ресурсів і відповідно намагання провайдерів якимось чином залучити додаткові ресурси для надання медичної допомоги призводять до неналежних практик у галузі [10; 16; 17]. Більше того, спроби реформувати систему охорони здоров'я, запровадити практики сімейного лікаря, відійти від постатейного бюджету тощо за умов корумпованого оточення, недієвості законів та політичного свавілля не дають позитивних результатів.

На рис. 1 видно, що в Україні та Болгарії витрати з кишені пацієнта складають майже однакову частку у фінансуванні галузі, однак за існування формальних оплат у Болгарії такий відсоток цілком зрозумілий, тоді як в українських реаліях безоплатної медичної допомоги існує потреба в інтерпретації вказаного значного відсотка. Ця стаття сфокусована на порівнянні пла-

тежів пацієнтів у Болгарії та Україні, здебільшого неформальних платежів. Метою статті є виявлення й опис масштабів поширення та рівня неформальних платежів пацієнтів у контексті системи охорони здоров'я Болгарії та України, а саме: яке значення у поширенні неформальних платежів має споживання тієї чи іншої допомоги в різних системах охорони здоров'я, а також обізнаність пацієнтів щодо формальних політик. Такі порівняння вельми актуальні за умов браку міжнародних порівнянь, адже емпіричні дослідження неформальних платежів пацієнтів переважно зосереджені на окремо взятих країнах. Міжнародне порівняння виглядає також актуальним з огляду на проведені реформи в секторах охорони здоров'я.

Методологія дослідження

У цій статті використано дані, зібрані в межах проекту «Оцінювання впливу політики та методів оплати за медичні послуги на їхню економічну ефективність, справедливість та якість у країнах Центральної та Східної Європи (на прикладі України, Польщі, Угорщини, Румунії, Болгарії, Литви)», що фінансувався Європейською Комісією в межах сьомої рамкової програми (ASSPRO CEE 2007, номер грантової угоди 217431)¹. Улітку 2011 р. було опитано по 800 представників домогосподарств України, Болгарії та Угорщини (остання не включена до аналізу в цій публікації), які були відібрані на основі ймовірнісної багатоступеневої вибірки. Це перше в Україні репрезентативне міжнародне дослідження неформальних платежів з використанням ідентичної методології, що дає змогу оцінити відмінності в досвіді та ставленні громадськості до неофіційних платежів за медичну допомогу в шістьох європейських країнах.

Ґрунтуючись на результатах критичного огляду методологій досліджень [24] та враховуючи інші проблемні місця у зборі потенційно чутливої інформації, дослідницький інструментарій для збору даних щодо неформальних платежів був ретельно розроблений науковцями із залученням міжнародних експертів з досвідом проведення емпіричних досліджень неформальних платежів. Опитування респондентів відбувалося методом особистого інтерв'ю за місцем проживання. Дослідницький інструментарій містив здебільшого закриті питання

щодо досвіду споживання та сплати спочатку за амбулаторну, потім за стаціонарну медичну допомогу протягом останнього року, а детальніші характеристики отриманої допомоги і сплати за неї стосувалися останнього візиту до лікаря, що і є предметом аналізу в цій статті. В опитувальнику також присутня частина, яка містить запитання щодо ставлення до неформальних платежів пацієнтів та обізнаності щодо них, а на завершення – соціально-демографічна частина. Загалом інтерв'ю тривало близько півгодини.

Отже, у цій статті проаналізовано досвід останнього звернення по медичну допомогу, як поліклінічну, так і стаціонарну. Однак до аналізу не включено весь спектр давності споживання допомоги, а з метою уникнення похибки згадування включено лише досвід, отриманий від 2009 р. по літо 2011 р., тобто останні 30 місяців, які передували дослідженню. Усі змінні, які представляють суми платежів у національній валюті, спершу конвертовані з урахуванням індексу інфляції (2010 рік як основа) [30], далі скориговані суми переведені в євро за середнім за 2010 рік курсом [11]. Для аналізу даних застосовано бінарний регресійний аналіз з метою визначення зв'язків між наявністю досвіду неформальної сплати за амбулаторну допомогу й соціально-демографічними характеристиками респондента, особливостями спожитої допомоги (тип амбулаторного спеціаліста чи тип стаціонарної допомоги, тривалість перебування в лікарні), а також обізнаністю щодо формальної сплати. Регресійний аналіз також застосовано до даних щодо стаціонарного лікування як у Болгарії, так і в Україні. Як уже зазначалося, такий аналіз включає лише споживачів медичної допомоги протягом 30 місяців, що передували дослідженню.

Масштаби поширення та рівень неформальних платежів, сплачених за останнє звернення по медичну допомогу

Результати емпіричного дослідження підтверджують, що неформальні платежі пацієнтів існують як у Болгарії, так і в Україні, проте масштаб існуючого явища різниться як між країнами, так і між ланками надання допомоги.

Насамперед варто відзначити відмінність у рівні споживання амбулаторної медичної допомоги, адже, як зазначено в таблиці 1, 84 % респондентів у Болгарії вказують, що востаннє звернулися по поліклінічну допомогу протягом 2009–2011 рр., тоді як для опитаних українців

¹ Детальніше про заходи та публікації, здійснені в межах проекту, можна знайти тут [33].

цей показник складає 68 %. Більше того, в Україні 22 % опитаних на противагу 7 % у Болгарії звітують про те, що не відвідували ніколи лікаря. Також отримані в ході емпіричного дослідження дані, ймовірно, відображають належне функціонування лікаря загальної практики в Болгарії, до якого звернулося 67 % респондентів у період 2009–2011 рр. по допомогу остан-

нього разу, тоді як в Україні найпоширенішим фахівцем первинної ланки є терапевт – 59 %. А 4 % респондентів у Болгарії на противагу 11 % українських споживачок гінекологічної допомоги на первинному рівні можуть бути одним із доказів про дієвість практики сімейного лікаря й, відповідно, ефективне використання коштів у системі. При споживанні стаціонарної

Таблиця 1. Амбулаторна і стаціонарна медична допомога в Болгарії та Україні: останнє звернення та оплата

		Амбулаторна допомога				Стаціонарна допомога			
		Болгарія		Україна		Болгарія		Україна	
		Кількість	Відсоток	Кількість	Відсоток	Кількість	Відсоток	Кількість	Відсоток
Дата останнього звернення, вказаного пацієнтом	2009–2011 (30 місяців)	683	84 %*	546	68 %*	201	25 %	219	27 %
	До 2009	59	7 %	52	7 %	230	28 %	72	21 %
	Жодного відвідування	56	7 %*	178	22 %*	369	45 %	390	49 %
	Не знаю	19	2 %	24	3 %	17	2 %	26	3 %
Спеціалізація амбулаторного спеціаліста – останній візит протягом попередніх 30 місяців	Лікар загальної практики	458	67 %	67	12 %	/			
	Терапевт	61	9 %	283	59 %				
	Гінеколог	33	4 %	58	11 %				
	Інші спеціалісти	130	19 %	138	20 %				
Тип останньої протягом попередніх 30 місяців госпіталізації	Ургентна (на противагу плановій)	/				86	43 %	140	64 %
	Хірургія (на противагу процедури)					57	29 %	42	29 %
	Пологи					18	9 %	28	13 %
Оплата за останнє звернення протягом попередніх 30 місяців	Ні	148	22 %*	314	58 %*	75	40 %*	59	29 %*
	Так	514	78 %*	227	42 %*	112	60 %*	142	71 %*
	Розмір оплати: медіана	1,0		10,4		20,8		87,7	
	Розмір оплати: середнє (і ст. відх.)	5,5 (24,8)		42,7 (107,9)		73,1 (151,6)		162,8 (187,0)	
Неформальна сплата за останнє звернення протягом попередніх 30 місяців	Ні	651	96 %*	404	74 %*	167	86 %*	122	60 %*
	Так	27	4 %*	138	26 %*	28	14 %*	83	40 %*
	Розмір оплати: медіана	10,4		8,8		25,6		43,8	
	Розмір оплати: середнє (і ст. відх.)	17,1 (29,5)		19,1 (39,8)		74,7 (172,2)		103,8 (148,5)	
Основна мета неформального платежу за останній візит	Краща увага	4	13 %	63	45 %	24	44 %	54	45 %
	Кращий сервіс	17	57 %	35	25 %	12	22 %	38	31 %
	Інша мета (напр. доступ)	9	30 %	41	30 %	18	33 %	29	23 %
Ініціатор неформального платежу за останній візит	Медичний персонал вимагав	18	58 %	57	41 %	14	26 %	51	43 %
	Виключна ініціатива пацієнта	13	42 %	81	59 %	39	74 %	68	57 %
Наявність знання щодо формального платежу пацієнта за допомогою	Ніколи не знають	88	16 %*	284	63 %*	32	28 %*	96	64 %*
	Деколи обізнані	172	31 %	130	29 %	44	38 %	38	25 %
	Завжди знають	294	53 %*	40	9 %*	39	34 %*	17	11 %*

* Відмінності значущі $p < 0,05$.

допомоги відмінності стають не такими наочними: однакова частка останнього звернення по стаціонарну допомогу стосується хірургічного втручання, але все ж таки 64 % останніх звернень в Україні на противагу 43 % в Болгарії стосуються ургентної допомоги. Такий результат є передбачуваним, адже за умов уникання вчасної первинної допомоги й відповідно із загостренням стану імовірніше виникає потреба у швидкій допомозі [27; 29].

За умов наявності інституціоналізованої регульованої практики формальних платежів, 22 % та 40 % болгарських респондентів, які зверталися по амбулаторну та стаціонарну медичну допомогу відповідно, зазначають відсутність жодної оплати. Та й наявність розуміння щодо тарифів у медицині присутнє в більшості болгарських респондентів (84 % та 72 % завжди чи деколи знають, скільки їм може коштувати амбулаторна і стаціонарна медична допомога відповідно). Тоді як в Україні в умовах безоплатної медицини 42 % та 71 % опитаних споживачів сплачували за відповідну медичну допомогу. Також спостерігається здебільшого (63–64 %) відсутність обізнаності щодо формального платежу.

У первинній же ланці медичної допомоги в Болгарії неформальні платежі практично відсутні – лише 4 % пацієнтів звітують про те, що сплатили неформально за останній візит, але 18 з 27 неформальних платників (58 %) сплачують на вимогу лікаря. Стаціонарний сектор дещо більше вражений неформальними платежами (14 % пацієнтів є неформальними платниками), але тут 74 % платежів є виключно ініціативою пацієнта. Метою неформального платежу за поліклінічну допомогу болгарські платники найчастіше називають кращий сервіс (57 %) і згадують деякі інші причини (30 %), наприклад покращення доступності, тоді як неформальні платники зі стаціонару здебільшого сплачують за кращу увагу (45 %) і так само з інших причин (30 %).

Щодо ціни для пацієнта, то загальний медіанний платіж у Болгарії дорівнює одному євро при зверненні до лікаря загальної практики і близько чотирьох-п'яти євро при зверненні до терапевта чи гінеколога, тоді як виключно неформальна оплата становить близько десяти євро (табл. 2). Загальна сплата за останнє стаціонарне лікування становить близько 20 євро (медіана), а неформальний платіж – 25 євро незалежно від спеціальності.

Таблиця 2. Платежі пацієнтів, сплачені за різну медичну допомогу – останнє споживання протягом 30 місяців*

			Останній амбулаторний візит				Остання госпіталізація				
			Лікар загальної практики	Терапевт	Гінеколог	Інші спеціальності	Ургентна хірургія	Ургентна процедура	Планова хірургія	Планова процедура	Пологи
Болгарія:	Так	Кількість	359	45	26	84	13	31	32	28	8
		Відсоток пацієнтів	78,4	73,8	78,8	64,6	81,3	47,0	78,1	47,5	44,4
		Медіана	1,0	4,2	5,2	1,5	28,6	20,5	25,6	12,7	23,2
Загальний платіж	Розмір платежу	Середнє	1,9	14,9	9,9	14,5	80,3	82,2	110,9	19,5	63,1
		(ст. відхилення)	(5,9)	(41,6)	(11,9)	(50,0)	(96,9)	(216,3)	(165,0)	(17,4)	(86,8)
		Кількість	8	6	3	10	2	7	9	6	4
Неформальний платіж	Так	Відсоток пацієнтів	1,7	9,8	9,1	7,7	12,5	10,6	22,0	10,2	22,2
		Медіана	6,9	10,4	10,2	10,4	150,2	10,1	25,6	13,8	29,4
		Середнє	12,0	33,6	12,6	12,6	150,3	144,3	41,9	15,6	77,3
		(ст. відхилення)	(16,4)	(57,2)	(12,4)	(14,5)	(0,6)	(342,6)	(30,4)	(8,6)	(102,1)
Україна:	Так	Кількість	20	110	38	60	15	64	14	27	21
		Відсоток пацієнтів	29,9	38,9	65,5	43,5	71,4	59,8	23,7	52,9	75,0
		Медіана	13,4	10,4	10,4	15,5	207,1	63,7	271,3	47,9	263,0
Загальний платіж	Розмір платежу	Середнє	25,1	36,4	60,4	49,0	254,3	107,4	275,1	107,3	265,7
		(ст. відхилення)	(28,5)	(93,3)	(116,0)	(140,2)	(256,4)	(130,4)	(233,8)	(127,9)	(225,5)
		Кількість	12	70	22	34	11	34	10	11	16
Неформальний платіж	Так	Відсоток пацієнтів	17,9	24,7	37,9	24,6	52,4	31,8	17,0	21,6	57,1
		Медіана	7,4	5,2	10,4	9,3	132,3	20,5	186,0	19,2	70,0
		Середнє	11,1	16,5	22,9	25,0	216,2	45,3	207,9	91,0	99,8
		(ст. відхилення)	(13,9)	(37,2)	(30,6)	(54,2)	(259,9)	(66,0)	(177,5)	(122,1)	(110,2)

*Суми платежів у національній валюті за 2011 р., 2010 р. та 2009 р. конвертовано в ціни 2010 р. з використанням індексу споживчих цін для кожної країни [30]. Перерахунок національної валюти на євро здійснено на основі середнього обмінного курсу за 2010 р. [11].

Значно більший відсоток пацієнтів сплачують неформально в Україні, якщо порівняти з Болгарією. Сплачують неформально за останній візит до первинної ланки (26 %), однак ще більша частка споживачів платять за останнє споживання стаціонарної медичної допомоги (40 %). Близько половини неформальних платників вважають, що вони намагаються «купити» кращу увагу медичного персоналу. Неформальний пла-

тіж у двох з п'яти випадків сплачено на вимогу медичного персоналу як у поліклініці, так і в стаціонарі (табл. 1).

Медіанні ж значення загальних витрат на останнє звернення по первинну медичну допомогу в Україні сягають десяти-п'ятнадцяти євро за останній візит, а от медіанне значення неформального платежу становить 10 євро за допомогу, надану гінекологом, та п'ять-

Таблиця 3. Неформальні платежі, сплачені пацієнтами, які зверталися по допомогу протягом останніх 30 місяців (результати регресійного аналізу)

Останній амбулаторний візит чи стаціонарна допомога, здійснені протягом 30 місяців		Споживачі, які сплатили неформально за амбулаторну допомогу [0 – ні; 1 – так]		Споживачі, які сплатили неформально за госпіталізацію [0 – ні; 1 – так]			
		Болгарія	Україна	Болгарія	Україна		
Терапевт ^a	Коефіцієнт	1,358**	0,560	/	/		
	Станд. похибка	(0,697)	(0,390)				
Гінеколог ^a	Коефіцієнт	2,242*	0,835**				
	Станд. похибка	(0,846)	(0,472)				
Інший спеціаліст ^a	Коефіцієнт	1,251*	0,526				
	Станд. похибка	(0,583)	(0,421)				
Тривалість госпіталізації [кількість днів]	Коефіцієнт					-0,013	0,011
	Станд. похибка					(0,031)	(0,009)
Ургентність ^a	Коефіцієнт					-0,097	0,337
	Станд. похибка					(0,517)	(0,368)
Хірургічні втручання ^a	Коефіцієнт					0,515	1,401*
	Станд. похибка					(0,550)	(0,426)
Пологи / вагітність ^a	Коефіцієнт					0,725	1,582*
	Станд. похибка					(0,912)	(0,652)
Обізнаність щодо формальних платежів ^b	Коефіцієнт	-0,003	0,668*			0,397	0,264
	Станд. похибка	(0,305)	(0,159)			(0,291)	(0,242)
Вік [років]	Коефіцієнт	0,003	-0,015*	-0,014	-0,019		
	Станд. похибка	(0,017)	(0,008)	(0,020)	(0,014)		
Стать ^c	Коефіцієнт	-0,781	0,412**	0,500	0,624**		
	Станд. похибка	(0,518)	(0,236)	(0,524)	(0,376)		
Місце проживання ^d	Коефіцієнт	0,183	0,001	-0,480**	0,261		
	Станд. похибка	(0,191)	(0,098)	(0,268)	(0,162)		
Освіта ^e	Коефіцієнт	-0,037	0,102	-0,207	0,139		
	Станд. похибка	(0,247)	(0,115)	(0,252)	(0,188)		
Проблеми зі здоров'ям ^f	Коефіцієнт	0,517**	0,170	0,198	0,754		
	Станд. похибка	(0,281)	(0,255)	(0,379)	(0,478)		
Кількість осіб в домогосподарстві	Коефіцієнт	0,086	0,007	-0,157	-0,016		
	Станд. похибка	(0,164)	(0,095)	(0,223)	(0,167)		
Дохід домогосподарства	Коефіцієнт	0,041	0,047	0,092	-0,024		
	Станд. похибка	(0,088)	(0,045)	(0,098)	(0,070)		
Константа	Коефіцієнт	-4,731	-2,187	-1,066	-1,831		
	Станд. похибка	(1,422)	(0,788)	(1,743)	1,308		
Псевдо R квадрат		0,113	0,118	0,122	0,274		
Кількість спостережень		578	546	157	219		

* $p < 0,05$; ** $p \leq 0,01$.

^a Кодування: 0 – ні, 1 – так

^b Кодування: 0 – ніколи, 1 – інколи, 2 – завжди

^c Кодування: 0 – чоловік, 1 – жінка

^d Кодування: від 0 – сільська місцевість до 3 – місто з населенням більше 200 000 мешканців

^e Кодування: від 0 – ISCED 0 до 5 – ISCED 5+6

^f Індикатор присутності тяжкої чи хронічної хвороби, зареєстрованої лікарем

дев'ять євро за іншу допомогу. Значно зростають величини неформальних платежів за умови стаціонарного лікування. За останнє перебування у відділенні хірургічного профілю пацієнт у середньому витратив двісті-двісті сімдесят євро (медіанна неформальна сплата 132–186 євро), за процедуру в межах стаціонару – близько п'ятдесяти-шістдесяти євро (20 євро «в кишеню лікарю»), а за пологи – 263 євро (70 євро неформально).

Результати регресійного аналізу

Як уже згадувалося в описі методології дослідження, у бінарному регресійному аналізі використовуються три типи незалежних змінних: характеристики, пов'язані зі спожитою медичною допомогою (тип спеціаліста за умови амбулаторного звернення чи тип та тривалість госпіталізації), обізнаність респондента щодо формального платежу за допомогу, соціально-демографічні характеристики. У таблиці 3 представлено результати регресійного аналізу окремо для Болгарії та України, окремо для амбулаторного і стаціонарного секторів. Результати підтверджують, що в Болгарії поширення неформальних платежів є вищим. Більша кількість респондентів сплачує неформально у випадку всіх видів спеціалізованої амбулаторної допомоги – допомога терапевта, гінеколога та інших спеціалістів, якщо порівнювати з лікарем загальної практики. Тоді як в Україні більша кількість респондентів сплачує за останній поліклінічний візит лише гінекологу. У випадку ж останньої госпіталізації не знайдено статистично значущого зв'язку між залежною змінною та незалежними змінними, які стосуються видів стаціонарної допомоги. Також в Україні неформальні платежі є поширенішими серед пацієнтів хірургічного профілю в порівнянні з тими, хто госпіталізований задля проведення процедури, а також серед вагітних чи жінок, які перебувають у стаціонарі для народження дитини.

Щодо другої групи незалежних змінних статистично значущий позитивний зв'язок було знайдено лише між обізнаністю щодо формального платежу в Україні та наявністю досвіду сплати за амбулаторну допомогу. Пацієнти з кращими знаннями формальних політик щодо платежів імовірно сплатять неформально. Таку знахідку можна інтерпретувати також і в інший спосіб: поінформовані пацієнти можуть краще ідентифікувати неформальну частку в сплаті.

Що ж до соціально-демографічних характеристик, то більшу ймовірність сплатити за медичну допомогу в Україні, як амбулаторну, так і стаціонарну, мають жінки. Більше того, за стаціонарну допомогу імовірноніше сплатить той пацієнт, який мешкає у сільській місцевості, тоді як у Болгарії відсутній статистично значущий зв'язок між статтю та місцем проживання респондента та здійсненням неформального платежу. Проте ті болгари, які мають деякі проблеми зі здоров'ям, більш імовірно робитимуть неформальну сплату надавачу первинної допомоги.

Наявні дані не дозволяють здійснити лінійний регресійний аналіз для виявлення статистично значущих зв'язків наявних незалежних змінних (характеристики допомоги, обізнаності та соціально-демографічних індикаторів) і додаткових незалежних змінних (таких характеристик неформального платежу, як ініціатор сплати та причина) із сумою неформального платежу як залежною змінною, оскільки кількість випадків неформальних платежів не є достатньою для такого аналізу.

Підсумовуючи наведений аналіз емпіричних даних, варто підкреслити надзвичайну поширеність неформальних платежів пацієнтів в Україні, де пацієнти сплачують не лише неформально, але й квазіформально [1; 4], що є відмінним від ситуації в Болгарії, де переважно існують формальні сплати, однак неформальні платежі все ж таки присутні. Переваги формальних оплат за медичну допомогу в порівнянні з квазіформальними лежать у площині рівності та справедливості в доступності медичної допомоги [20]. Так, заклади, які запроваджують «офіційні сплати», які насправді є квазіформальними платежами й здебільшого представлені «благодійними внесками» в Україні, не враховують відсутності платоспроможності чи інших вікових, професійних особливостей пацієнтів, що не дає змоги «вирівняти» шанси на отримання допомоги, тоді як формальні політики, розроблені на державному рівні, виключають повністю чи частково деякі вразливі групи пацієнтів, для яких плата за медичну допомогу може призвести до зубожіння [14; 28].

Осмыслиючи виявлені в даному дослідженні рівні споживання крізь призму ставлення пацієнтів до існуючої системи надання медичної допомоги [5] та фінансового тягаря, пов'язаного зі зверненням до лікаря [13], видається зрозумілим небажання українського пацієнта й брак можливостей звертатися по медичну допомогу. Більше того, недостатнє державне фінансування та неефективний розподіл коштів є лише

одним боком проблеми, на фоні чого з'являються нові бар'єри в отриманні допомоги, адже практично половина неформальних платників в Україні основною метою сплати бачить покращення у ставленні лікарів і молодшого медичного персоналу. Дійсно, ставлення до споживача – це та «обгортка» медичної допомоги, яку може оцінити пацієнт, не маючи спеціальної освіти. Вміння лікаря знайти спільну мову з пацієнтом, донести свої рекомендації, дослухатися до особливостей потреб пацієнта, імовірно, може спонукати пацієнта звертатися до лікаря по допомогу в разі потреби, а також сприяти ефективності лікування. Така «обгортка» допомоги створюється як грошовою винагородою надавачу допомоги, так і іншими стимулами й обмеженнями, наприклад комунікативно-інформаційними стандартами лікування, етичним професійним кодексом тощо.

Однак на противагу «обгортці» пацієнт не завжди спроможний оцінити клінічний компонент лікування, тож дискусійним є питання впливу неформального платежу на реальну (клінічну) якість медичної допомоги. Скажімо, лікарі Танзанії звітують про навмисне зниження стандартів та якості надання медичної допомоги з метою отримання неформальної оплати [18]. В Україні ж медична допомога нерідко також має сумнівну якість [21].

Хоч неформальні платежі є відносно рідкісною практикою для отримання медичної допомоги в Болгарії, все ж таки запізнілі структурні зміни в стаціонарній допомозі [6] цілком можуть пояснити більше поширення неформальних платежів за госпітальну допомогу й учергове підкреслюють необхідність глибоких змін в усіх секторах надання допомоги. Крім того, болгарський уряд мав би вжити заходів, що спеціально націлені на етичність поведінки надавачів послуг у Болгарії, зважаючи на високий рівень неформальних оплат на вимогу лікаря в первинній ланці. Проте урок, який можуть винести українські реформатори, – це те, що жодні системні зміни не можуть одночасно призвести до позитивного результату в усіх секторах надання допомоги, однак заходи із покращення допомоги – доступності та якості – мають здійснюватися безперервно, наприклад дизайн запроваджених політик платежів пацієнтів може зазнавати змін з огляду на зміну соціодемографічної чи економічної ситуації в країні.

Особливу увагу привертають надзвичайно поширені платежі в Україні, пов'язані з допомогою під час вагітності та пологів. Платежі

в перинатальній допомозі є не лише поширеними, але й високими. Зважаючи на цілі розвитку тисячоліття ООН та з огляду на надзвичайну актуальність народження здорових дітей у країні, ситуація потребує нагальної уваги та дій розробників політики, національних та регіональних адміністрацій та надавачів послуг. Хоча Міністерством охорони здоров'я України запроваджено програмно-цільовий метод планування видатків державного бюджету, де охорона материнства і дитинства є важливою складовою [3], на практиці сфера материнства і дитинства так само страждає від браку ресурсів, доказом чого стають значні витрати з кишень пацієнтів. Так, практика «приватних пацієнтів» у державній установі, в якій надавач вдається до клієнт-орієнтованих послуг, на відміну від допомоги «по швидкій», передбачає неформальну сплату провайдеру і квазіформальну оплату на користь закладу [25]. Тож реальне, а не лише деклароване, збільшення як фінансування, так і ефективності використання ресурсів, разом із спеціальними заходами для попередження неформальних платежів – формування етичної поведінки персоналу через матеріальні стимули та навчання – має відбитися на рівні платежів пацієнтів у цій галузі.

Висновки

Безперечно, загальний рівень корупції в країні [19] тісно пов'язаний з рівнем поширеності неформальних практик у наданні медичної допомоги. Проте модернізація процесів та операційних дій з надання допомоги в системі охорони здоров'я є вкрай необхідним заходом як з огляду на якість допомоги, так і на доступність і справедливість. Так, неформальні платежі пацієнтів стають на заваді прозорим умовам споживання медичної допомоги. Це стосується не лише дезорієнтації щодо вартості лікування, не лише щодо етичності такої поведінки, як передача лікарю грошей чи подарунків, а й ширшого регуляторного виміру, в якому пацієнт не володіє інформацією щодо своїх прав і обов'язків, а отже, не може ні на що претендувати. Проблема неформальних платежів пацієнтів, яка лише на перший погляд видається соціально прийнятним явищем, потребує вирішення із застосуванням системного підходу. Адже просте застосування санкцій до «тих, хто дає» чи ж до «тих, хто бере» неприпустиме за умов низької зарплати лікаря, яка в Україні в середньому є нижчою за середню зарплату в індустріальному секторі, і це

при тому, що професія лікаря має високу соціальну значущість та потребує довготривалої підготовки. Підвищення офіційної заробітної плати, впровадження такого механізму її нарахування, який дозволить враховувати продуктивність праці, на додачу до дієвості етичного кодексу та запровадження стандартів лікування, тобто заходи в межах системи охорони здоров'я, разом із соціально-економічними та політичними змінами, такими як розбудова громадянського суспільства, покращення економічної ситуації, що

дасть змогу збільшити фінансування галузі, а також боротьба з корупцією є змінами, вкрай необхідними для України.

Статтю підготовлено на основі дослідження, яке фінансувалося Європейською Комісією в рамках 7-ї Рамкової програми, Тема 8 Соціально-економічні та гуманітарні науки, проект ASSPRO CEE 2007 (номер угоди 217431). Зміст публікації є предметом відповідальності авторів і жодним чином не представляє думки Європейської Комісії.

Список літератури

1. За що готові платити українські пацієнти? / Андрій Данилів, Тетяна Степурко, Ірена Грига та ін. // Ваше здоров'я. – 2013. – № 13–14. – С. 6.
2. Левенець О. Неофіційні платежі пацієнтів / Олена Левенець, Тетяна Степурко, Ірена Грига // Главный врач. – 2009. – № 10. – С. 43–46.
3. Моїсенко Р. О. Актуальні питання охорони материнства і дитинства в Україні. / Раїса Моїсенко // Перинатология и педиатрия. – 2008. – № 4. – С. 36.
4. Степурко Т. Фінансування з кишені в кишеню / Тетяна Степурко, Андрій Данилів, Ірена Грига // PRO Менеджмент в охороні здоров'я. – 2013. – № 5. – С. 42–49.
5. Стоймость лекарств – главная проблема системы здравоохранения. [Електронний ресурс] // Институт Горшенина. – Режим доступу: http://institute.gorshenin.ua/news/474_stoimost_lekarstv_glavnaya.html
6. Patient payments and the problems in medical service provision in Bulgaria / Elka Atanasova, Emanuela Moutafova, Todorka Kostadinova et al. // Zeszytu Naukowe Ochrony Zdrowia. Zdrowie Publiczne i Zarządzanie. – 2010. – Vol. VIII (1). – P. 48–53.
7. Balabanova D. Understanding informal payments for health care: The example of Bulgaria / Dina Balabanova, Martin McKee // Health Policy. – 2002. – № 62. – P. 243–73.
8. Belli P. Formal and informal household spending on health: A multi-country study in Central and Eastern Europe [Електронний ресурс] / Paolo Belli. – Cambridge : Harvard School of Public Health, 2002. – P. 1–63.
9. An inter-country comparison of unofficial payments: Results of a health sector social audit in the Baltic States / Anne Cockcroft, Neil Andersson, Sergio Paredes-Solis et al. // BMC Health Services Research. – 2008. – № 8. – P. 15.
10. Is there a place for the Patient in the Ukrainian health care system? Patient payment policies and investment priorities in health care in Ukraine / Andrii Danyliv, Tetiana Stepurko, Irena Gryga et al. // Society and Economy in Central and Eastern Europe. – 2012. – № 34 (2). – P. 273–291.
11. European central Bank: Calculators and unit conversion utilities [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://www.ecb.int/stats/exchange>.
12. Ensor T. Informal payments for health care in transition economies / Tim Ensor // Social Science and Medicine. – 2004. – № 58. – P. 237–246.
13. Formal and informal out-of-pocket payments for health care services in Central and Eastern European countries. What are the actual patients' contributions? [Електронний ресурс] // European policy brief # 4. – 2013. – Режим доступу: http://ec.europa.eu/research/social-sciences/pdf/policy-briefs-assprocee2007-02-2013_en.pdf.
14. Gaal P. Strategies to address informal payments for health care / Peter Gaal, Melitta Jakab, Sergey Shishkin // Implementing health financing reform. Lessons from countries in transition / Kutzin J., Cashin C., Jakab M. (eds.). – Copenhagen : WHO Regional Office for Europe on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies, 2010. – P. 327–360.
15. Gaal P. Fee-for-service or donation? Hungarian perspectives on informal payment for health care / Peter Gaal, Martin McKee // Social Science and Medicine. – 2005. – № 60. – P. 1445–1157.
16. Human resource governance in public health care facilities in Ukraine / Anna Iushchenko, Tetiana Stepurko, Artem Miroshnichenko et al. // Governance in Health Care Conference, University of Duisburg-Essen, Germany. – 2013. – March 11–12. – P. 44–45.
17. Lekhan V. Ukraine: Health system review / Valery Lekhan, Volodymyr Rudi, Erica Richardson // Health systems in transition. – 2010. – № 12 (8). – P. 1–183.
18. Maestad O. Informal payments and the quality of health care: Mechanisms revealed by Tanzanian health workers / Ottar Maestad, Aziza Mwisongo // Health Policy. – 2010. – № 99. – P. 107–115.
19. Assessment of patient payment policy in CEE countries: From a conceptual framework to policy indicators / Milena Pavlova, Marzena Tambor, Tetiana Stepurko et al. // Society and Economy in Central and Eastern Europe. – 2012. – № 34 (2). – P. 193–220.
20. Preker A. Health financing reforms in central and eastern Europe and the former Soviet Union / Alexander S. Preker, Jakab Melitta, Markus Schneider // Funding health care: options for Europe, 2002. – P. 80–109.
21. Rekha M. What underlies Ukraine's mortality crisis? / Menon Rekha, Frogner, Bianca // Health and demography. Washington D. C. – The Worldbank. – 2010. – P. 1–56.
22. Rechel B. Health reform in central and eastern Europe and the former Soviet Union / Bernd Rechel, Martin McKee // The Lancet. – 2009. – № 374. – P. 1186–1195.
23. Regulatory barriers to equity in a health system in transition: a qualitative study in Bulgaria / Boika Rechel, Clare M. Blackburn, Nick J Spencer et al. // BMC Health Services Research. – 2011. – № 11. – P. 219.
24. Empirical studies on informal patient payments for health care services: A systematic and critical review of research methods and instruments / Tetiana Stepurko, Milena Pavlova, Irena Gryga et al. // BMC Health Services Research. – 2010. – № 10. – P. 273.
25. Stepurko T. Informal patient payments in maternity hospitals in Kiev, Ukraine / Tetiana Stepurko, Milena Pavlova, Olena Levenets, Irena Gryga, Wim Groot // The International journal of health planning and management. – 2013. – № 28 (2). – P. e169–e187.
26. Thompson R. Informal payments in transitional economies: implications for health sector reform / Robin Thompson, Sophie Witter // International journal of health planning and management. – 2000. – № 15 (3). – P. 169–187.
27. Tipping G. The Social Impact of User Fees for Healthcare on Poor Households / Gill Tipping. – Report to InDevelop Uppsala AB, Uppsala, 2000. – 51 p.

28. Tomini S. Paying informally in the Albanian health care sector: a two-tiered stochastic frontier model / Sonila Tomini, Wim Groot, Milena Pavlova // *European Journal of Health Economics*. – 2012. – № 13. – P. 777–788.
29. Whitehead M. Equity and health sector reforms: can low-income countries escape the medical poverty trap? / Margaret Whitehead, Dahlgren Göran, Timothy Evans // *Lancet*. – 2001. – № 358 (9284). – P. 833–836.
30. World Bank, 2012. Country data [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://data.worldbank.org>.
31. World Health Organization, 2012. World Health Statistics [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://www.euro.who.int/en/what-we-do/data-and-evidence/databases/european-health-for-all-database-hfa-db2>.
32. The Worldwide Governance Indicators, 2010 [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://info.worldbank.org/governance/wgi/index.asp>
33. ASSPRO CEE 2007 [Електронний ресурс]. – Режим доступу: www.assprocee2007.com

T. Stepurko, M. Pavlova, I. Gryga, S. Oksamytna, W. Groot

INFORMAL PATIENT PAYMENTS IN UKRAINE AND BULGARIA

This paper presents the results of a cross-country study on patient payments in Central and Eastern European countries, in particular the scope and characteristic features of informal patient payments in Bulgaria and Ukraine. These two countries present an interesting case for comparison with regard to differences in the health care context and in the wider political and economic environment. The contrastive analysis indicates that informal patient payments in Ukraine are widespread and more prevalent than in Bulgaria. Moreover, the prevalence of informal patient payments can be attributed to the type of services used and to some socio-demographic characteristics of respondents.

Keywords: informal patient payments, out-patient care, in-patient care, Ukraine, Bulgaria.

Матеріал надійшов 19.06.2013