

Міністерство освіти і науки України
Національний університет «Києво-Могилянська академія»
Факультет соціальних наук та соціальних технологій
Кафедра соціології

Кваліфікаційна робота
освітній ступінь – бакалавр

на тему: **«НЕФОРМАЛЬНІ ПЛАТЕЖІ ЗА МЕДИЧНУ ДОПОМОГУ ПРИ
ПОЛОГАХ ТА ВНЕСОК РЕФОРМИ СИСТЕМИ ФІНАНСУВАННЯ
ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я»**

Виконала: студентка 4-го
року навчання спеціальності
054 «Соціологія»
Євгієнко А.

Керівниця: Черниш Т.,
доцентка, PhD

Рецензентка: Дарієвська С.,
магістр менеджменту
в охороні здоров'я

Кваліфікаційна робота захищена
з оцінкою «_____»
Секретар ЕК: _____
«___» _____ 2021 р.

Київ–2023

ЗМІСТ

ВСТУП.....	3
РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИКО-МЕТОДОЛОГІЧНІ ЗАСАДИ ВИВЧЕННЯ НЕФОРМАЛЬНИХ ПЛАТЕЖІВ ПАЦІЄНТІВ ЗА МЕДИЧНУ ДОПОМОГУ ПРИ ПОЛОГАХ.....	6
1.1. Підходи до вивчення неформальних платежів пацієнтів за медичну допомогу.....	6
1.2. Огляд реформи системи фінансування охорони здоров'я.....	13
1.3. Аналіз стану материнства в Україні на сучасному етапі.....	19
1.4. Методологія дослідження.....	23
РОЗДІЛ 2. ДОСВІД НЕФОРМАЛЬНИХ ПЛАТЕЖІВ ПАЦІЄНТІВ ЗА ПОЛОГИ ДО ТА ПІСЛЯ РЕФОРМИ СИСТЕМИ ФІНАНСУВАННЯ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я.....	25
2.1. Неформальні платежі пацієнтів за пологи: до та після реформи.....	25
2.2. Фактори, які спонукають до здійснення неформальних платежів за пологи.....	35
ВИСНОВКИ.....	41
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ.....	43
ДОДАТКИ.....	46
Додаток А. Гайд для проведення інтерв'ю	
Додаток Б. Транскрипт інтерв'ю	

ВСТУП

Статут Всесвітньої організації охорони здоров'я та Конституція України визнають невід'ємне право людини, незалежно від раси, релігії, політичних переконань, його соціально-економічного положення на охорону здоров'я, медичну допомогу і медичне страхування. Якість медичної допомоги є основною ціллю системи охорони здоров'я, а також основним критерієм її діяльності. Постійно здійснюється контроль якості, який підвищується за допомогою дієвих важелів. Цього потребувала і медична галузь України, яка стала на шлях реформування.

До проблеми реформування системи охорони здоров'я в Україні у своїх дослідженнях звертався Т. Ямненко, порівнюючи характеристику українського і міжнародного досвіду реформування медицини. Про вплив реформи на демографічну ситуацію в Україні неоднозначно висловлювався А. Голяченко. Як ставляться українці до реформи досліджувала К. Горбунова. Майже однозначно у всіх дослідженнях найвищий рівень стурбованості викликають: висока вартість ліків, брак сучасного обладнання, неформальні платежі пацієнтів.

Неформальні платежі пацієнтів, або, іншими словами, «хабарі», «подяки» та «оплата у конверті» стали невід'ємною складовою системи охорони здоров'я. Дослідники зазначають, що при існуючій у сфері охорони здоров'я державно-розподільній системі з'являються фінансові потоки, які не мають зв'язку з централізованим керуванням цією системою. У більшості випадків присутня додаткова плата, яка часто використовується для того, щоб забезпечити можливість надання деяких видів медичних послуг та підвищити рівень оплати праці медичних працівників. Спосіб, яким отримані додаткові кошти нерідко суперечить принципам соціальної справедливості, про які йде мова в діючій системі охорони здоров'я. А розподіл цих коштів ще більше суперечить означеним принципам.

Тема неформальних платежів пацієнтів досить нова у дослідженнях і наукових дискусіях, хоча це явище існує десятиліттями. Зокрема цю проблему досліджують вітчизняні і зарубіжні вчені М. Павлова, Т. Степурко, І. Грига, В. Гордєєв, М. Левіс, Т. Енсор, Р. Томсон та ін. Отже, актуальною проблемою сьогодення є вивчення факторів здійснення неформальних платежів пацієнтів за медичні послуги, зокрема під час пологів.

Об'єктом дослідження є неформальні платежі пацієнтів за медичні послуги під час пологів.

Предметом дослідження є вплив реформи фінансування охорони здоров'я на здійснення неформальних платежів пацієнтів за медичні послуги під час пологів.

Метою дослідження є визначення впливу реформи фінансування охорони здоров'я на здійснення неформальних платежів пацієнтів за медичні послуги під час пологів.

Для досягнення цієї мети було поставлено ряд **завдань**:

- з'ясувати підходи до вивчення неформальних платежів пацієнтів за медичну допомогу;
- здійснити огляд реформи системи фінансування охорони здоров'я;
- проаналізувати стан материнства в Україні на сучасному етапі;
- визначити особливості здійснення неформальних витрат пацієнтів на пологи до та після реформи;
- проаналізувати фактори, які спонукають до здійснення неформальних платежів пацієнтів за медичну допомогу при пологах.

Теоретико-методологічну базу дослідження складають підходи до вивчення неформальних платежів в медицині, поняття якості медичної допомоги та прояви неформальних платежів в пологових закладах м. Києва.

Емпіричною базою для дослідження є якісні напівструктуровані інтерв'ю, проведені з жінками міста Києва, що народжували до та після реформи фінансування охорони здоров'я.

Структура та обсяг дослідження. Робота складається зі вступу, двох розділів, висновків, списку використаних джерел та додатків. Загальний обсяг роботи – 62 сторінки, із них 41 сторінка основного тексту. У списку використаних джерел нараховується 28 найменувань.

РОЗДІЛ 1

ТЕОРЕТИКО-МЕТОДОЛОГІЧНІ ЗАСАДИ ВИВЧЕННЯ НЕФОРМАЛЬНИХ ПЛАТЕЖІВ ПАЦІЄНТІВ ЗА МЕДИЧНУ ДОПОМОГУ ПРИ ПОЛОГАХ

1.1. Підходи до вивчення неформальних платежів пацієнтів за медичну допомогу

Пацієнти під час отримання медичної допомоги зіштовхуються з поширеною практикою в лікарнях під назвою «добровільні пожертви» за надані послуги. Сучасна наукова думка немає однозначного трактування поняття «послуга», за яку людина платить гроші. Вона розглядається як вид діяльності чи її результат. У Великому тлумачному словнику сучасної української мови можна знайти суперечливе трактування означеного поняття, яке визначається з різних позицій, таких як дія, вчинок, через які надається допомога іншому; як система господарсько-побутових вигод, які отримує населення (Антонов С. В., 2007).

Згідно досліджень французьких науковців Д. Шанда і М. Арнберга, «послуги можуть бути різного роду – це можуть бути виплата або отримання платежу, надання поради або інформації, освітніх чи транспортних послуг, а також забезпечення медичним обслуговуванням» (Ямненко Т.М., 2018). З мого погляду на означену проблему, конкретизувати види послуг відносно їх дефініції недоцільно, оскільки саме визначення не вказує на економічний зміст даного поняття. У своїх дослідженнях Н. Діденко поверхово трактує послуги. Він відносить сюди усі, крім тих, що пов'язані з видобуванням корисних копалин, промисловим і сільськогосподарським виробництвом (Стеценко С.Г., Стеценко В.Ю., Сенюта І.Я., 2008).

Ю. Тихомиров констатує, що послуги – це дії, які здійснює уповноважений суб'єкт, щоб задовольнити власні потреби або права інших осіб (Лехан В. М., 2007). За визначеннями Ф. Котлера під послугою варто

розглядати «...будь-яку діяльність, яка являє собою благо, що його одна сторона може запропонувати іншій. Послуга за своєю суттю є невідчутною і не веде до заволодіння власністю (до передачі власності)» (Долбнєва Д. В., Гончарук С. М., 2016).

Це все заперечує в своїх наукових дослідженнях Б. Савченко. Вона під послугою розглядає власне результат взаємодії, у якій є зацікавлені сторони, що розглядаються як джерело та споживач послуг. (Антонов С. В., 2007).

З огляду на це, можна стверджувати про відсутність протиріч між цими підходами, оскільки надається характеристика різним стадіям надання послуги. З одного боку, це діяльність, що є емпіричним втіленням послуги. Сутність її полягає не в самих діях, а в отриманні при цьому корисного ефекту.

Якщо дивитись на означену проблему з економічного погляду, то в сучасній українській економічній енциклопедії вона розглядається як особлива споживча вартість процесу праці, що чітко виражена в споживчому ефекті для задоволення потреб людини, колективу, суспільства (Вороненко Ю.В., Сердюк А.М., Мінцер О.П., 2007). Н. Котенко досліджуючи дане поняття, зазначає, що воно не обмежується корисністю послуг, щоб задовольнити потреби окремого індивіда, а розглядає його ширше, беручи рівень соціуму в цілому (Індекс здоров'я. Україна–2017, 2018).

Розгляду окремих особливостей надання медичних послуг або окремих їх різновидів присвячені роботи низки вітчизняних вчених, зокрема такими дослідженнями займалися С.В. Антонов, С.Б. Булеца, В.Д. Волков, А.А. Герц, Р.Ю. Гревцова, К.В. Кравченко, Н.В. Козлова, Р.А. Майданик, І.П. Майстр, А.В. Меленко, Т.Я. Оверко, О.В. Смотров, С.Г. Стеценко, А.А. Телестакова, А.В. Тихомиров, М.П. Шешуков, О.Ю. Юрковська, О.В. Чехун та ін.

Серед закордонних авторів варто виділити Т. Міхамбетова, А. Донабедіанова, К. Глісона, А. Лінденбратена та ін., які вивчали тему «медичної допомоги» зі специфічною, не завжди актуальною зараз, прив'язкою до терміну «медична послуга». Зазвичай закордонні автори розглядали питання надання медичної допомоги, або послуги, спираючись на

локальне законодавство, зокрема В. Гіжеський, В. Головченко, В. Ковальський розглядають медичну послугу як технологічний процес, що виходить за межі медичної допомоги та надається на платній основі по проханню фізичної особи (Вороненко Ю.В., Сердюк А.М., Мінцер О.П., 2007).

Означену послугу можна назвати узаконеним хабарем. Хабар – гроші або речі, що даються службовій особі як підкуп, плата за які-небудь злочинні, незаконні дії в інтересах того, хто їх дає (Семигіна, Т., І. Грига, Тетяна Степурко, 2011). Оскільки звітність відносно коштів ніхто не веде, і не звітує на які потреби лікарні вони йдуть. Так, невід'ємною частиною системи охорони здоров'я України стали неформальні платежі пацієнтів, або, іншими словами, «хабарі», «подяки» та «оплата у конверті». Їх можна розглядати у різних форматах. Це можуть бути формальні платежі, що регулюються національним законодавством, або квазіформальна оплата, яка часто є встановленою інституціоналізованими надавачами медичних послуг, коли у деяких регіонах відсутні чітко визначені національні норми (Вороненко Ю. В., Горачук В. В. 2012). Цей список можна доповнити і незареєстрованими платежами пацієнтів, які розглядаються як різні часові характеристики (вони можуть бути здійснені до надання допомоги або після), або під виглядом різної мотивації (за «кращу медичну» допомогу, не стояння у довгій черзі) тощо (Богомаз В.М., 2006; Гревцова Р. Ю., 2013; Стеценко С.Г., Стеценко В.Ю., Сенюта І.Я., 2008). Якщо ігнорувати цей процес, то зростатиме недооцінка загальних витрат, що йдуть на систему охорони здоров'я.

Неформальні платежі становлять один з підвидів платежів пацієнтів за медичну допомогу з власної кишені. Платежі з власної кишені пацієнтів існують у різних формах, наприклад у вигляді формальних платежів, які регулюються національним законодавством, а також у вигляді квазіформальної оплати, що нерідко встановлюється інституціоналізованими надавачами медичних послуг у деяких регіонах за відсутності виразно визначених національних норм. 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 (Stepurko, 2013, с. 83).

Науковці визначають неформальні платежі у сфері охорони здоров'я як «сукупність економічних відносин, що виникли з приводу отримання медичних послуг, пов'язаних з формуванням, розподілом та перерозподілом фондів коштів між різними суб'єктами фінансів (частіше це медичні працівники та пацієнти), які не відображаються офіційною статистикою, не контрольовані державою, які мають явний чи таємний характер, спрямовані, насамперед, на реалізацію матеріальних інтересів даних суб'єктів» (Stepurko T., Pavlova M., Groot W., 2017).

Неформальні платежі декілька десятиліть тому розглядались як соціально-культурний феномен. А сьогодні більшість дослідників багатовимірно підходять до розуміння цього явища, пояснюючи його браком ресурсів, неналежними практиками врядування, що поєднуються з соціально-культурними особливостями (Лехан В. М., 2007, Stepurko T., 2013).

Систематизуючи фактори, що стимулюють розвиток неформальних платежів у сфері охорони здоров'я, науковці виділяють основні групи:

- *інституційні*, що ґрунтуються на наявності стійкого стереотипу необхідності економічного стимулювання медичних працівників з боку пацієнтів; відсутність етичної мотивації у значної частини медичного персоналу; наявність індивідуальних установок та неформальних корпоративних норм, регулюючих поведінку співробітників організацій охорони здоров'я, які орієнтують на неформальні платежі;

- *адміністративні*, пов'язані з відсутністю чіткості та ясності у поділі безкоштовної медичної допомоги та платних послуг у сфері охорони здоров'я; відсутність єдиної методики ціноутворення на послуги охорони здоров'я; невідповідність цільових орієнтирів державної політики та індивідуальної мотивації медичних працівників;

- *соціально-економічні*, які є наслідком «комерціалізації» охорони здоров'я, наявністю конфлікту між інтересами пацієнтів та економічними інтересами медичного персоналу;

- *технологічні*, основа яких – значні відмінності у матеріально-технічному забезпеченні міських та сільських лікувальних установ (Stepurko T., Pavlova M., Groot W., 2017).

Тіньові відносини у сфері охорони здоров'я мають прояв у різних формах. Зокрема виділяють чотири форми неформальних фінансових відносин між споживачами медичних послуг та працівниками системи охорони здоров'я.

Перша – це оплата медичних послуг, де ініціатором є сам пацієнт. Пацієнти, передаючи матеріальні цінності медичному персоналу, намагаються гарантувати собі адекватну якість медичної допомоги чи прискорити її одержання. Таку оплату, ініційовану пацієнтом, можна назвати хабарем зі сторони попиту. Найчастіше і самі пацієнти та медичний персонал таку оплату медичних послуг називають «подякою», навіть якщо вона очікується персоналом та визначає реальний рівень послуг.

Друга форма нелегальних фінансових відносин – вимагання з боку медичного персоналу, коли ініціатором платежу виступає продавець медичних послуг. Таку оплату можна назвати хабарем з боку пропозиції. Різновидом «легального» здириства є примус пацієнтів до «добровільних» благодійних внесків до благодійних фондів, відділення яких розташовані безпосередньо у лікувальних закладах. Без чека про оплату «благодійного» внеску реєстратура не видає талони на прийом до лікаря, не проводяться дослідження та діагностика.

Крім не зовсім законного надходження коштів у благодійні фонди, залишається відкритим питання правомірності використання цих коштів. Так як розпорядником коштів, що надійшли до благодійного фонду, є керівник фонду, контроль з боку Міністерства охорони здоров'я за обсягами надходження зборів та використанням коштів не здійснюється.

До третьої форми незаконного вилучення коштів у пацієнтів можна віднести навмисне приховування лікарських засобів та витратних матеріалів, придбаних лікувальними установами за рахунок державного фінансування. Гроші, формально заплачені за лікарські засоби, фактично йдуть персоналу. Оскільки лікар завжди є більш поінформованою особою, ніж пацієнт у питаннях можливості та необхідності надання медичних послуг, він також може повністю або частково приховати можливість надання таких послуг на безоплатній основі.

В обох випадках лікар зловживає своїм становищем в умовах обмеженої пропозиції та достатнього державного фінансування. Деякі хворі, які потребують швидкої та якісної медичної допомоги, готові платити, щоб забезпечити собі належне лікування, надаючи тим самим постачальнику послуги можливість отримати фінансову вигоду зі свого становища.

Четвертою формою тіньових потоків коштів є так званий «відкат», коли медичний персонал спонукає пацієнтів користуватися послугами тієї чи іншої приватної медичної організації (набуло великого поширення в діагностиці та дослідженнях) або придбати лікарські засоби та видаткові матеріали у певній аптеці. Відповідно, така приватна медична організація або аптека повертає частину своєї винагороди лікарю, який дав направлення на дослідження або який виписав рецепт (Мартякова О., Трикоз І., 2014).

Таким чином, Ю. Вороненко визначив моделі неформальних платежів:

- *Плата за тарифом*, коли пацієнти сплачують за послуги у розмірі визначеними тіньовими цінами. Це фіксована сума і торг тут непередбачений. Пацієнт, в такому випадку, сам вирішує чи оплачувати по такій ставці отримання послуги чи відмовитись.
- *Плата за домовленістю*. Розмірна ставка встановлюється під час розмови з лікарем. Ця ставка нефіксованою, а часто є індивідуальною для кожного пацієнта, виходячи з його фінансових можливостей.
- *Плата за проханням*. Полягає в основному у збереженні довірливих відносин із лікарем. Однак пацієнт може уникнути такої плати.

- *Плата-подяка.* Вона є виключно ініціативою пацієнта або його родичів, розмір її індивідуальний (Вороненко Ю. В., Горачук В. В. 2012).

У лікарняних закладах предметом неофіційних платежів громадянами Л. Ляховченко називає:

- «– прийом пацієнта без черги або в зручний для нього час;
- видача лікарняного листа;
- оформлення фіктивного професійного огляду в медичних книжках;
- видача довідок (на навчання, на отримання посвідчення водія тощо);
- надання місць денного стаціонару;
- платежі за проведення операції (за роботу хірургам, анестезіологам, медичним сестрам);
- послуги, пов'язані з перебуванням у відділенні (наприклад, окрема палата, палата з кращими умовами, з меншою кількістю хворих, з телевізором, холодильником, нова постільна білизна тощо);
- послуги по догляду за важкими хворими (післяопераційні пацієнти);
- додаткові діагностичні дослідження і консультації» (Ляховченко Л., 2012).

Крім того, оминаючи офіційні канали, неофіційні платежі служать доповненням до заробітної плати лікарів, але ніяк не інвестуються у вирішення проблем галузі.

Причинами, які призводять до зростання неофіційних платежів в Україні Л. Ляховченко зазначає:

- відсутність відповідного медичного права та нормативно-правової бази в роботі медичних закладів;
- бажання отримати медичну допомогу більш вищої якості чи в більшій кількості порівняно з тим, на що можна розраховувати при безкоштовному лікуванні;
- можливість зменшити витрати на лікування порівняно з офіційним розрахунком через страхові лікарняні каси;

– втрата моральних та етичних норм медичної, лікарської честі (Ляховченко Л., 2012).

Науковці зауважують, що неформальні платежі пацієнтів можна розглядати або як подяку, або як оплату за послуги.

У разі, якщо неформальний платіж справді є подякою, це аж ніяк не позначається на ефективності наданої допомоги. «Вдячність» пацієнтів спрямована на покращення ставлення медичного персоналу, мотивування лікарів залишитися в обраному професійному полі, особливо за умови низької оплати праці.

На противагу цьому, неофіційний платіж як оплата за послуги може призвести до негативних наслідків, які виявляються у відсутності прозорості й неадекватній звітності, що не дає змоги контролювати та впливати на здійснення таких платежів (Семигіна Т. Грига І., Степурко Т., 2011).

Отже, можна сказати, що неофіційні винагороди, що повсякденно роблять пацієнти за надання медичних послуг, розглядаються багатьма працівниками системи охорони здоров'я як виправдана компенсація за низьку заробітну плату та в багатьох випадках призводять до заохочення корупції. Вирішальну роль у існуванні нелегальних фінансових відносин у системі охорони здоров'я грає зацікавленість обох сторін – продавця та споживача медичних послуг: для пацієнтів це отримання своєчасної та якісної медичної допомоги, а медичного персоналу – особиста вигода.

1.2. Огляд реформи системи фінансування охорони здоров'я

Система охорони здоров'я України як первинне середовище, в якому існують неформальні платежі пацієнтів, зазнала істотних змін протягом останніх десятиліть, що також позначилося на загальній картині неформальних платежів.

З 2016 року в Україні впроваджується комплексна реформа фінансування системи охорони здоров'я, яка передбачає чіткі та прозорі

гарантії держави щодо медичного обслуговування, яке є безоплатним в момент споживання; кращий фінансовий захист у випадку хвороби; ефективний та справедливий розподіл державних витрат на охорону здоров'я; скорочення обсягу неофіційних платежів; та створення стимулів для поліпшення якості та ефективності надання медичної допомоги державними надавачами послуг (Політика, 2021).

Реформа фінансування системи охорони здоров'я фокусується на чотирьох основних елементах:

1. об'єднання доходів державного бюджету на національному рівні для усунення неефективності та нерівності, які виникли внаслідок застосування попередніх децентралізованих механізмів фінансування;

2. створення Національної служби здоров'я України (НСЗУ) як єдиного державного платника, який укладає договори з державними та приватними надавачами медичних послуг для виконання Програми медичних гарантій (ПМГ);

3. розробка та поетапне впровадження ПМГ (2) з метою впровадження експліцитного пакету послуг, в якому визначаються медичні послуги та лікарські засоби, за які сплачує НСЗУ;

4. запровадження нових фінансових механізмів та методів оплати надавачам послуг з метою більш ефективного та справедливого використання ресурсів (Політика, 2021).

Перехід розпочався з послуг первинної медичної допомоги (2018 рік), призначення лікарських засобів для лікування в амбулаторних умовах для пацієнтів з серцево-судинними захворюваннями, бронхіальною астмою та діабетом II типу (2019 рік), ревматичними хворобами (2020 рік), цукровим діабетом (інсуліни) та нецукровим діабетом (1 липня 2021 року), з психічними та поведінковими розладами, епілепсією (1 жовтня 2021 року). У 2020 році пріоритетні пакети послуг були оновлені: медичні послуги, які надаються у стаціонарних умовах (інсульт, гострий інфаркт міокарда, допомога при пологах та неонатальна допомога), діагностичні процедури (6 процедур,

пов'язаних з раннім виявленням раку) та екстракорпоральний гемодіаліз в амбулаторних умовах.

Отже, результатом проведення реформи мало стати: ефективна і доступна система охорони здоров'я, що відповідає потребам населення України; підвищення рівня і якості життя населення на основі розширення доступності; підвищення якості та безпеки медичної допомоги, продуктивної зайнятості персоналу, що працює у галузі охорони здоров'я, а також підвищення їх рівня соціального забезпечення, розвитку і оптимізації системи соціальної підтримки (Бойко О., 2023).

В умовах реформування, з 1 квітня 2017 р, було започатковано урядову програму «Доступні Ліки», яка спрямована на зменшення витрат з кишені пацієнтів, таким чином підвищуючи їх фінансовий захист. На сьогоднішній день ця програма стала звичною для українців. Пацієнти, які мають діабет II типу, бронхіальну астму чи серцево-судинні захворювання, можуть отримати препарати безкоштовно або з незначною оплатою, при наявності електронного рецепту від лікаря (Бойко О., 2023).

У ході реформи впроваджено електронну систему охорони здоров'я eHealth. Вона відкриває можливість для створення «єдиного медичного простору» – координації і інтеграції між рівнями медичної допомоги, а також для запровадження нової системи управління якістю послуг. eHealth забезпечує електронізацію системи охорони здоров'я, сприяє захисту прав лікарів та пацієнтів та об'єднує медичні електронні системи.

На основі нової Концепції реформи фінансування системи охорони здоров'я Верховна Рада 19 жовтня 2017 р. прийняла Закон «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення», який набув чинності 30 січня 2018 року. Саме цей Закон дав старт медичній реформі в Україні.

30 березня 2018 р. була створена Національна служба здоров'я України (далі НСЗУ) – центральний орган виконавчої влади, який регулює основний

принцип медичної реформи «гроші йдуть за пацієнтом» – оплачує вартість реально наданих медичних послуг. Основними завданнями НСЗУ є:

- реалізація державної політики у сфері державних фінансових гарантій медичного обслуговування населення за програмою державних гарантій медичного обслуговування населення (програма медичних гарантій);
- виконання функцій замовника медичних послуг та лікарських засобів за програмою медичних гарантій;
- внесення на розгляд Міністра охорони здоров'я пропозицій щодо забезпечення формування державної політики у сфері державних фінансових гарантій медичного обслуговування населення (Рачинський А., Дарчин Б., 2022).

Відносини між медичним закладом та розпорядником бюджетних послуг – НСЗУ стали контрактні, вони регулюються договорами про медичне обслуговування населення з чітко визначеними параметрами фінансування результату. В межах зазначених договорів НСЗУ діє в інтересах пацієнтів (платників податків) як третя сторона – платник, а ЗОЗ або індивідуальний лікар приватної практики виступають як постачальник послуг.

Перший етап реформування стосувався первинної ланки. У квітні 2018 р. розпочато приписну кампанію пацієнтів до лікарів, а з 1 липня відбувся повноцінний перехід на нову систему фінансування. Проводилася реорганізація закладів первинної медичної допомоги із державної власності в комунальну власність для того, щоб вони мали можливість укласти договори з Національною службою здоров'я України (НСЗУ) та отримувати пряме фінансування з Державного бюджету.

Р. Шевчук та І. Семенець-Орлова відмічають: «Суть функціонування такої системи полягає за наступними: пацієнт обирає лікаря загальної практики – сімейної медицини, або педіатра, разом вони здійснюють укладання електронної декларації про надання медичного обслуговування. Після цього, з державного бюджету здійснюється фінансування на розрахунковий рахунок відповідної лікарні, в повному розмірі, за надання

медичних послуг та певного комплексу аналізів. Здійснення медичного обслуговування може проходити у вигляді надання двох пакетів послуг:

1) «червоний пакет» – комплекс медичних послуг, оплату за використання яких здійснює, безпосередньо, сам пацієнт (стоматологічне обслуговування, окрім екстрених випадків, естетична хірургія та прийом до вузьких спеціалістів без направлення лікаря загальної практики – сімейної медицини тощо);

2) «зелений пакет» – комплекс медичних послуг, оплату за використання яких здійснює у повному обсязі держава з бюджету (надання первинної, невідкладної та паліативної допомоги)» (Шевчук Р., Семенець-Орлова І., 2023).

Відмінності нової реформованої системи охорони здоров'я від старої системи полягають у тому, що держава, замість утримання за рахунок бюджетних коштів закладів медичного обслуговування, які надають безоплатні послуги, переходить до бюджетних закупівель відповідних послуг у таких закладах. Отже, тепер з державного бюджету не виділяються кошти для утримання закладів з надання медичного обслуговування для населення, згідно із затвердженим кошторисом, а використовується абсолютно новий принцип фінансування (Шевчук Р., Семенець-Орлова І., 2023).

Другий етап реформування стосувався вторинної ланки та всіх інших ЗОЗ. З 1 квітня 2020 р. запрацювала ПМГ на рівні вторинної (спеціалізованої) медичної допомоги. ЗОЗ, які надають вторинну (спеціалізовану) медичну допомогу, розпочали роботу за договорами з НСЗУ (Бойко О., 2023).

За період трансформації застаріла паперова звітність пішла в небуття. Майже всю медичну документацію переведено в електронний вигляд: запроваджено електронні медичні книжки, електронні лікарняні, електронні рецепти на програму «Доступні ліки».

У березні 2023 р. КМУ схвалив постанову, яка дозволяє запуснути наступний етап медичної реформи – створення спроможної мережі лікарень. Міністр охорони здоров'я Віктор Ляшко пояснює, що саме через третій, так

званий інфраструктурний, етап медичної реформи вони намагаються реалізувати досягнення трьох ключових індикаторів – забезпечення доступності, якості та безоплатності медичної допомоги для українців. Нові підходи до госпітального планування дозволять їм також визначити і пріоритети для післявоєнного відновлення системи охорони здоров'я (Бойко О., 2023).

А. Рачинський та Б. Дарчин підсумовують: «Сучасна медична реформа в Україні – це:

- реформування підходів до фінансування системи охорони здоров'я, запровадження інноваційних фінансових механізмів для забезпечення надання спеціалізованої та високоспеціалізованої медичної допомоги як амбулаторного, так і стаціонарного рівнів;

- забезпечення дієвості та ефективності функціонування моделі державних гарантій надання пакета медичної допомоги на засадах рівності та інклюзивності, тобто доступності для кожного громадянина, незалежно від його рівня статків, віку, статі, місця проживання, будь-якої іншої соціально-демографічної характеристики;

- модернізація матеріально-технічної бази відповідно до сучасних вимог, інформаційне та кадрове забезпечення закладів охорони здоров'я усіх рівнів надання медичної допомоги згідно з міжнародними стандартами і нормативами;

- осучаснення щоденної медичної практики через запровадження у неї інноваційних технологій та забезпечення доступності будь-яким пацієнтам високотехнологічного лікування» (Рачинський А., Дарчин Б., 2022).

Водночас медична реформа мала й деякі негативні наслідки. Зокрема, на її проведення дуже незначний вплив мали об'єднані територіальні громади, що утворювалися в ході іншої реформи – децентралізації влади. Так звана оптимізація мережі медичних закладів часто на практиці означала ліквідацію частини медичних закладів, передусім у сільській місцевості. Як наслідок – у багатьох громадян виникали певні складнощі з отриманням медичних послуг.

Іноді для того, щоб їх отримати, сільським мешканцям доводиться двічі долати певну відстань – спочатку, щоб потрапити на прийом до сімейного лікаря, а потім – до профільного. До негативних наслідків призвела фактична ліквідація санітарної служби, що проявилось в умовах пандемії COVID-19. Водночас, відзначаючи складнощі в доступності медичних послуг, слід відмітити, що значною мірою вони викликані російсько-українською війною, що почалася в лютому 2022 р. і триває донині.

1.3. Аналіз стану материнства в Україні на сучасному етапі

Наразі однією з головних складових демографічної ситуації в Україні є скорочення дітонародження. Причинами цього є перш за все війна в Україні та міграція жінок з дітьми за кордон. Також ще до початку повномасштабного вторгнення Росії в Україну спостерігалось збільшення показників відмови від материнства, зречення від батьківства, а також тенденція до створення малодітних сімей.

Щодо причин зменшення народжуваності населення, то І. Герлах та Л. Українець стверджують, що по-перше в Україні спостерігається статевий дисбаланс на користь жінок (у віковій групі старше 35-ти років). І мова не про низьку народжуваність чоловіків, а про високу їх смертність у працездатному віці. Зазвичай чоловіки більше працюють на небезпечних виробництвах, де вищі ризики травм і смертності. Крім того, чоловіки становлять три чверті загинув у ДТП, а також скоюють значно більше самогубств, ніж жінки» (Герлах І., Українець Л., 2022).

Другою причиною, яка впливає на зниження народжуваності, науковці називають те, що «більшість опитаних українців стверджують, що не можуть дозволити собі мати двох і більше дітей через соціально-економічні причини. Крім того, змінилася поведінка жінок, які спочатку роблять акцент на навчанні та кар'єрі, а вже потім створюють сім'ю і народжують дітей» (Герлах І., Українець Л., 2022).

В ООН вважають, що саме низький рівень добробуту та відсутність у жінок можливостей поєднувати кар'єру й догляд за дітьми залишається одним із чинників, що заважають українцям мати бажану кількість дітей. Україна відноситься до тих європейських країн у якій темпи старіння населення є одними з найвищих (більш як п'ята частина населення старша за 60 років і ця частка, за прогнозами, зросте до 36% до 2050 року). Очевидно, що це є причиною зростання видатків на охорону здоров'я та пенсії, що навантажує державний бюджет.

Серед об'єктивних факторів, які впливають на кількісні показники народжуваності, варто зазначити частку у населенні країни найактивніших щодо дітонародження його контингентів. У сучасній Україні серед п'ятирічних вікових груп найбільший рівень народжуваності притаманний жінкам 25—29 років. Лідерську позицію група набула у 2013 р., а до цього незмінними лідерами були 20—24-річні жінки, інтенсивність народжуваності у яких у 2020 р. у 4,2 раза перевищувала показник у молодших жінок 15—19 років і у 1,3 раза була вищою ніж у жінок 30—34 років. Зауважимо, що в Україні жінки вікових груп 20—24 і 25—29 років забезпечують половину усієї кількості народжень, а їх внесок у сумарну народжуваність досягає майже 60 %.

Згідно з демографічними прогнозами, навіть за відсутності будь-яких потрясінь і масових вимушених переселень за кордон, чисельність жінок 25—29 років і їх частка як серед жінок, так й в усьому населенні, у найближчі 5—7 років зменшувалася б. Це пояснюється тим, що цю групу формують народжені у 1990-ті рр., коли народжуваність стрімко падала. За даними демографічного прогнозу, чисельність представників цієї вікової групи у 2027 р. на 21—22 % була б меншою порівняно з початком 2022 р. (навіть за відсутності впливу інших факторів). Але невеликі за чисельністю контингенти населення не здатні забезпечити велику сукупність народжень. Активізація дітородної діяльності у 2002—2012 рр. позитивно позначиться на динаміці чисельності жінок молодшої репродуктивної групи 20–24 роки. Втім, у

найближчі п'ять років їх частка мало зміниться і залишатиметься низькою, а її збільшення буде відчутнішим лише наприкінці третього десятиріччя XXI століття (Аксьонова С., 2022).

Сьогодні до вищенаведених причин зниження темпів демографічного відтворення населення додалися пандемія Covid-19 та війна в Україні. Те, що війна суттєво вплине на демографічну ситуацію також вважає директорка Інституту демографії та соціальних досліджень Елла Лібанова. «Разом із довоєнним спадом народжуваності, міграцією молодих кадрів та старінням нації на Україну очікує нова демографічна яма, що в перспективі підірве ринок праці та спричинить дефіцит бюджету» стверджує професорка (Демографічні, 2022). Оцінювати кількісно вплив війни на демографічну ситуацію в Україні зараз ще неможливо, бо війна триває. Проте певні тенденції вже прослідковуються і найбільші втрати населення зараз пов'язані з міграцією (Демографічні, 2022).

За словами Е. Лібанової, внаслідок війни Україна можливо матиме мільйонні втрати населення пов'язані з міграцією; «Без сумніву, частина евакуйованих жінок та дітей осяде за кордоном, налагодить побут і ніколи не повернеться до України. Більше того, до них поїдуть чоловіки та батьки, щойно така можливість з'явиться» (Демографічні, 2022). Звичайно великий вплив на міграцію матиме тривалість війни. Починаючи з кінця березня багато наших співвітчизників повертається додому. Проте, якщо війна триватиме більше року цілком ймовірно, що ті громадяни, які спочатку не мали наміру емігрувати, знайдуть собі стабільну роботу за кордоном і там залишаться.

Війна додала нових чинників, які ще більше погіршують демографічну ситуацію в Україні.

1. Великі втрати населення через загибель та поранення серед військових і цивільних громадян, зокрема і дітей. Згідно з даними Моніторингової місії ООН з прав людини, на середину грудня 2022р. в Україні загинуло 6826 цивільних громадян. За підтвердженими даними ООН, загинуло 2686 чоловіків, 1822 жінки, 216 хлопчиків та 174 дівчинки, тоді як стать 38

дітей і 1890 дорослих встановити поки що взагалі не вдалося. Серед поранених – 314 хлопчики та 224 дівчинки, а також 252 дитини, стать яких не встановлено.

2. Одним із наслідків військових подій є масштабна вимушена міграція населення України за кордон. За даними Управління Верховного комісара у справах біженців ООН, лише за перші півтора місяця від початку гарячої фази війни, свої оселі залишили 11,4 млн українців. Станом на другу декаду грудня 2022р. (за даними The UN Refugee Agency), територію України покинуло понад 7 863 339 громадян, з них – 4 862 561 мають статус тимчасового захисту в країнах Європи (Аксьонова С., 2022).

Переважна більшість мігрантів – жінки та діти і складають 90%. За результатами соціологічного опитування, за межі держави виїхали здебільшого люди працездатного віку (30-39 років – 42%, 40-49 – 29%). 83% мають вищу освіту або незакінчену вищу. 30% вимушених біженців складають висококваліфіковані фахівці, 12% – кваліфіковані фахівці, 14% – керівники підприємств, організацій або підрозділів, а також 14% – підприємці (Аксьонова С., 2022).

Тривалий характер війни, руйнування економічної структури України, надскладний період соціально-економічного повоєнного відновлення держави підвищує ризики неповернення додому значної частини цієї категорії населення. Тим часом зменшується й кількість молоді, що в свою чергу загрожує погіршенням якості демографічного потенціалу країни в середньостроковій та довгостроковій перспективі.

Динаміка загального коефіцієнта смертності в Україні має хвилеподібний характер. У 2021 році на 1000 наявного населення припало 18,5 смертей. За роки незалежності система охорони здоров'я в Україні мала певні успіхи в збереженні життя новонароджених, зокрема за рахунок дотримання санітарно-гігієнічного режиму і виконання протиепідемічних заходів, виділення державних коштів на забезпечення неонатальних відділень необхідним медичним обладнанням а також завдяки активному

впровадженню профілактичних заходів із покращення репродуктивного здоров'я жінок. У 2021 році коефіцієнт смертності немовлят знизився до рівня 7,2 померлих на 1000 живонароджених, що відповідно до міжнародної оціночної шкали є гранично надзвичайно низьким рівнем (Пальян З., Виноградова Д., Виноградова М., 2022).

1.4. Методика та організація емпіричного дослідження проблеми здійснення неформальних платежів пацієнтів за медичну допомогу при пологах

Дослідження здійснення неформальних платежів пацієнтів за медичну допомогу при пологах після реформування системи фінансування охорони здоров'я проводилось за допомогою методу напівструктурованих глибинних інтерв'ю. Це дало змогу запобігти непорозумінням у тлумаченні визначення неформальних платежів та виявити основні фактори, які спонукають до здійснення неформальних платежів пацієнтів за медичну допомогу при пологах.

Саме метод напівструктурованих глибинних інтерв'ю дав змогу отримати детальнішу інформацію щодо збільшення чи зменшення кількості здійснення неформальних платежів пацієнтів за медичну допомогу при пологах до та після реформування системи фінансування охорони здоров'я. За Богдан (2015), глибинні інтерв'ю використовуються у тих випадках, коли «мета дослідження полягає у виявленні різноманіття думок або досвіду людей» (Богдан, 2015, с. 94). Саме цю ціль переслідувало дослідження досвіду здійснення неформальних платежів пацієнтів за медичну допомогу при пологах до та після реформування системи фінансування охорони здоров'я. Кожен пацієнт, що отримував медичну допомогу при пологах, має індивідуальний досвід здійснення чи нездійснення неформальних платежів.

Для проведення інтерв'ю було розроблено гайд, що складався з трьох блоків. Його структура та послідовність запитань передбачають розвиток

комунікації соціолога з респондентами, що полягає в завоюванні довіри, пробудженні зацікавленості та бажанні продовжити бесіду. Логіка побудови запитань в анкеті відповідає меті дослідження та сприяє отриманню інформації, щоб перевірити гіпотезу.

Питання сформульовані максимально конкретно та точно, не допускають неясності й неоднозначності.

Перший блок має на меті знайомство з респондентами та введення в суть дослідження. Опитування проводяться анонімно й соціально-демографічний блок передбачає взяття до уваги таких позицій: вік; рід занять; освіта; кількість дітей; дати перших та наступних пологів.

У другому блоці висвітлюються питання проблем, з якими зустрічалися респонденти у медичних закладах під час пологів. Пацієнти були опитані щодо різниці між тим як проходили пологи до 2020 та після 2020 року.

Третій блок розрахований на визначення існування чинників, що змушували респондентів надавати неформальні платежі за медичні послуги під час пологів. Респонденти опитані щодо їх власних проблем та/чи їх обізнаності щодо існуючих негласних правил, за якими здійснюються неформальні платежі.

Вибірку становлять жінки, що народжували дітей до та після 2020 року. Їх відібрали на польовому етапі дослідження. Первинний критерій для відбору - проживання у столиці. Вторинний критерій відбору - досвід пологів до 2020 р. та після 2020 р. Респонденток

У дослідженні було застосовувано постструктуралістську дослідницьку парадигму. Дослідницька парадигма – це сукупність переконань і технічних прийомів, які застосовуються в науковому знанні для пояснення реальності. Особливість постструктуралістського теоретико-методологічного підходу полягає в тому, що правда підлягає обговоренню: ваша істина та моя правда можуть бути зовсім різними.

РОЗДІЛ 2

ПРАКТИКА ЗДІЙСНЕННЯ НЕФОРМАЛЬНИХ ПЛАТЕЖІВ ЗА МЕДИЧНУ ДОПОМОГУ ПРИ ПОЛОГАХ ДО ТА ПІСЛЯ РЕФОРМИ СИСТЕМИ ФІНАНСУВАННЯ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

2.1. Неформальні платежі пацієнтів за пологи: до та після реформи

В рамках цього дослідження було розглянуто особливості здійснення неформальних платежів за медичну допомогу при пологах до та після реформи фінансування охорони здоров'я. Для аналізу ми провели інтерв'ю з жінками, що народжували дітей до та після 2020 року.

Відомості про респондентів (Ім'я, вік, кількість дітей, їх вік, місто проживання) вказані в таблиці 2.1.1.

№	Ім'я	Вік	Кількість дітей	Місто
1.	Олена	37	2 (10 р. і 2 р.)	Бровари
2.	Олена	38	2 (2014 і 2022 р. н.)	Київ
3.	Оксана	34	2 (2014 і 2023 р. н.)	Київ
4.	Аліна	27	2 (2017 і 2020 р. н.)	Київ
5.	Олеся	33	3 (2015, 2017 і 2022 р. н.)	Київ
6.	Анна	35	2 (10 р. і 2 р.)	Київ
7.	Ірина	30	2 (5 р. і 2 р.)	Чернівці
8.	Катя	31	2 (6 р. і 8 міс.)	Київ
9.	Ганна	39	2 (12 р. і 1 р.)	Київ
10.	Тетяна	38	2 (2009 і 2021 р. н.)	Київ
11.	Ольга	35	2 (2016 і 2022 р. н.)	Київ
12.	Ольга	34	2 (2016 і 2022 р. н.)	Київ

Таблиця 2.1.1. Демографічні показники респондентів

Характеристика вибірки соціологічного опитування. Вибірку складають:

- 1) за статтю: жінки – 100%;
- 2) за віком: 18-29 років – 8,3%, 30-34 років – 41,7%, 35-39 років – 50%;
- 3) за освітою: незакінчена вища – 16,6%; закінчена вища – 83,4%;
- 4) за типом населеного пункту: місто – 100%;
- 5) за кількістю дітей: 1 дитина – 8,3%; 2 дитини – 83,4%; 3 дитини – 8,3%;
- 6) за сімейним станом: в офіційному шлюбі – 100%;
- 7) за соціальним статусом: працююча – 41,2%, в декретній відпустці – 58,3%.

Одним із найбільш актуальних чинників дослідження є класифікація пацієнтів пологових будинків. Т. Степурко відзначає, що «гінекологи поділяють майбутніх мам (тобто їх пацієнток) на дві групи: індивідуальні пацієнти (приватні) та пацієнти невідкладної допомоги (по швидкій). До першої групи відносяться жінки, які попередньо домовилися з лікарем-гінекологом. Таким чином, вони готові заплатити лікарю за отримання «повного пакету», який включає інформацію, підтримку, ліки, негайну допомогу та додаткову увагу. Жінки, які не мають домовленості з гінекологом до приїзду в пологовий будинок (зазвичай приїжджають екстреною швидкою допомогою) є «пацієнтами невідкладної допомоги», і вони отримують «стандартний догляд». Тим не менш, під час або після пологів може мати місце будь-яка домовленість» (Stepurko T., 2013).

Класифікація респонденток при перших і других пологах вказана в таблиці 2.1.2.

№	Ім'я	Вік	Перші пологи	Другі пологи
1.	Олена	37	індивідуальна пацієнтка	індивідуальна пацієнтка
2.	Олена	38	індивідуальна пацієнтка	індивідуальна пацієнтка

3.	Оксана	34	пацієнтка швидкої допомоги	індивідуальна пацієнтка
4.	Аліна	27	індивідуальна пацієнтка	індивідуальна пацієнтка
5.	Олеся	33	індивідуальна пацієнтка	індивідуальна пацієнтка
6.	Анна	35	індивідуальна пацієнтка	індивідуальна пацієнтка
7.	Ірина	30	індивідуальна пацієнтка	індивідуальна пацієнтка
8.	Катя	31	індивідуальна пацієнтка	індивідуальна пацієнтка
9.	Ганна	39	індивідуальна пацієнтка	пацієнтка швидкої допомоги
10.	Тетяна	38	індивідуальна пацієнтка	пацієнтка швидкої допомоги
11.	Ольга	35	індивідуальна пацієнтка	індивідуальна пацієнтка
12.	Ольга	34	індивідуальна пацієнтка	індивідуальна пацієнтка

Таблиця 2.1.2. Класифікація респонденток

Коли ми застосовуємо цю класифікацію гінекологів до групи матерів, включених у наше дослідження, ми спостерігаємо, що більшість жінок-респонденток належать до групи «індивідуальних пацієнтів», три жінки відносяться до групи «пацієнти швидкої допомоги».

Важливим чинником у дослідженні здійснення неформальних платежів за медичну допомогу при пологах до та після реформи фінансування охорони здоров'я є інформація про тип медичного закладу (державний чи приватний) (див. Рис 2.1.3).

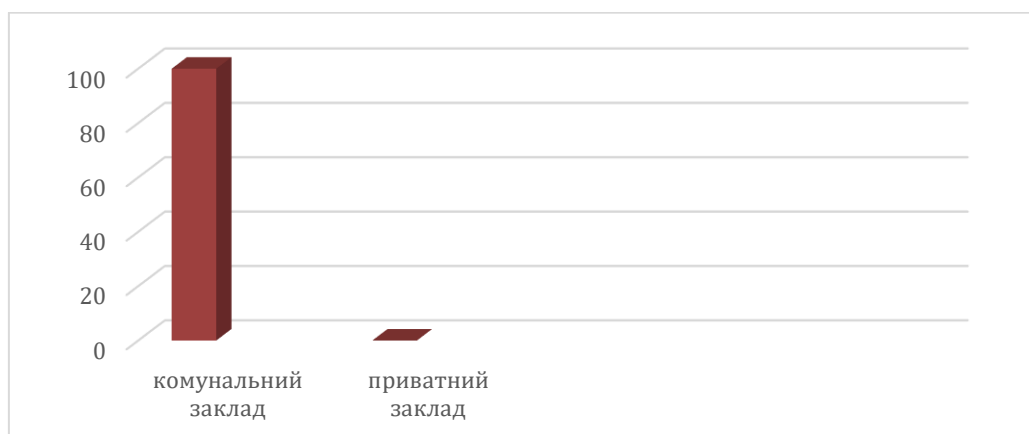


Рис 2.1.3. Вибір медичного закладу

Отже, всі опитані жінки народжували у тобто комунальних пологових закладах.

Що вплинуло на вибір медичного закладу? Майже половина опитаних обирали конкретного лікаря і народжували в тому закладі, де він працює. Причому, якщо респондентки обирали заклад там, де працює вибраний ними гінеколог при перших пологах, то і при других 33,4% з них вказали на те, що обирали інший заклад у зв'язку з тим, що лікар перейшов туди працювати; третина жінок обирали пологовий за порадою знайомих, родичів (це стосується перших пологів, на другі пологи респондентки вже спиралися на власний попередній досвід); чверть опитаних обирали медичний заклад за відгуками в інтернеті (це стосується перших пологів, на другі пологи респондентки вже спиралися на попередній досвід); частина респондентів вибрали найближчий до їхнього місця проживання медичний заклад; і три жінки потрапили в медичний заклад по швидкій, тобто самі не обирали його. Зауважимо, що на вибір медичного закладу опитаних могло впливати кілька показників одночасно (див. Рис 2.1.4).

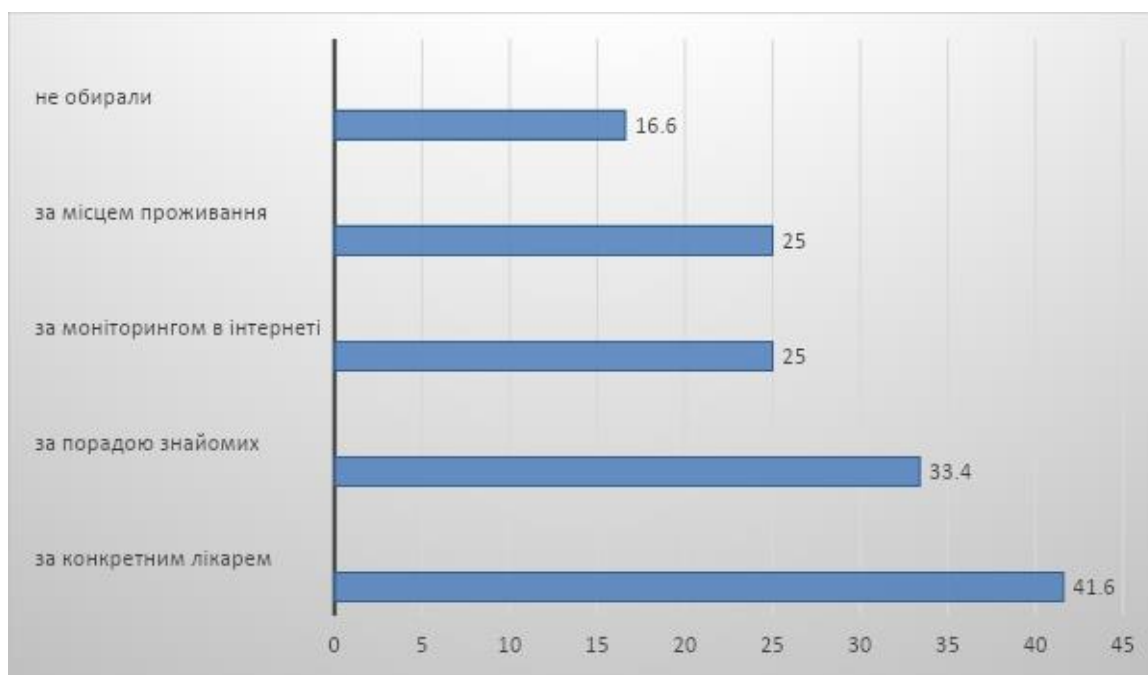


Рис. 2.1.4. Чинники вибору медичного закладу для пологів

Так, Анна (35 років) в своєму інтерв'ю стверджує: *«В перший раз порадили конкретного лікаря-акушера, тому було там. В другий раз обирала вже сама, обирала з відгуків, всю вагітність моніторила лікарів, що пишуть, де які програми. Одним з критеріїв найголовніших, не зважаючи на лікарів і на їх ступінь, було також, щоб це не було «оплати на руки», а оплата через установу, через банк, щоб все було офіційно. Таким чином вибір пав саме на п'ятий положовий».*

Олена (37 років): *«я обирала лікаря. Мені був не важливий положовий, ніхто мені не рекомендував, особисто знаю цього лікаря ще коли він був не лікарем».*

Олена (38 років) *«скоріш за все це лікар. Я цілонаправлено йшла до одного, й того самого лікаря двічі».*

Аліна (27 років): *«ну це було ближче до нас і нам порадили наші знайомі, наші куми».*

Олеся (33 роки): *«В перший раз я йшла до лікаря, якого порадили батьки, бо мама в нього народжувала, вона тоді була головним лікарем положового. Другі пологи теж хотіла в неї народжувати, але в неї була відпустка і народжувала з черговою бригадою. А вже треті пологи я вже готувалася, читала інформацію в інтернеті і знайшла проєкт «домашні пологи» в Києві і домовилася саме з акешеркою, яка веде цей проєкт і з нею і народжувала».*

Оля (34 роки): *«Ну якщо чесно читала відгуки і читала саме про лікарів, які про них ходять відгуки і так обирала роддом. Також важливо було в якому стані були родові зали, як виглядають ті самі крісла, яке є обладнання, чи є дитяча реанімація – мені також було дуже важливо тому що так спокійніше, якщо не дай боже щось і сьомий положовий також перинатальний центр, там недоношених діток з 37 тижня народжують дівчата. Обирала саме по відгукам та по лікарям, про лікарів читала, та по самому роддому. Перш за все це, а так ще радили мами, відгуки по лікарям і саме що роддом має, які можливості, от наприклад реанімація не скрізь є».*

Покладаючись на дані результатів опитування, можемо зробити висновок, що на вибір медичного закладу для пологів впливає компетентність лікаря, поради знайомих, відгуки в інтернеті, а при других пологах також власний досвід перших пологів.

Пошук лікаря-акушера перед пологами є ініціативою майбутніх батьків. Деякі пари вирішують не домовлятися з лікарем заздалегідь і прийти в пологовий будинок «через травмпункт» до чергової бригади. Респондентки зазначають, що їм зазвичай доводиться користуватися різними джерелами інформації, наприклад, інтернет-форумами, газетами, бесідами з друзями, які мають дітей, жіночими консультаціями в поліклініці. Ці джерела допомагають звузити коло «кваліфікованих акушерів».

Відзначимо кілька причин для того, щоб мати «персонального акушера». Більшість респонденток висловлюють думку, що вони домовляючись, що пологи прийме конкретний лікар, певним чином перестраховуються. Адже шанс мати абсолютно невідомого акушера під час пологів сприймається як «додатковий непотрібний ризик». Пошук надійного лікаря також мотивується знаннями респондентів про негативний досвід пологів інших жінок.

Наступним критерієм для аналізу була «подяка» лікарям. Згідно з новою реформою, у медичних закладах повинно бути відсутнім вимагання від пацієнтів здійснення неофіційних платежів за надану медичну допомогу при пологах. Щоб дізнатися чи так це, ми запитали респондентів чи були вони попередньо ознайомлені з офіційними платежами установи та неофіційною системою «подяк» та як вони знаходили інформацію про можливі неформальні платежі перед вступом до лікарні (див.: Рис 2.1.5).

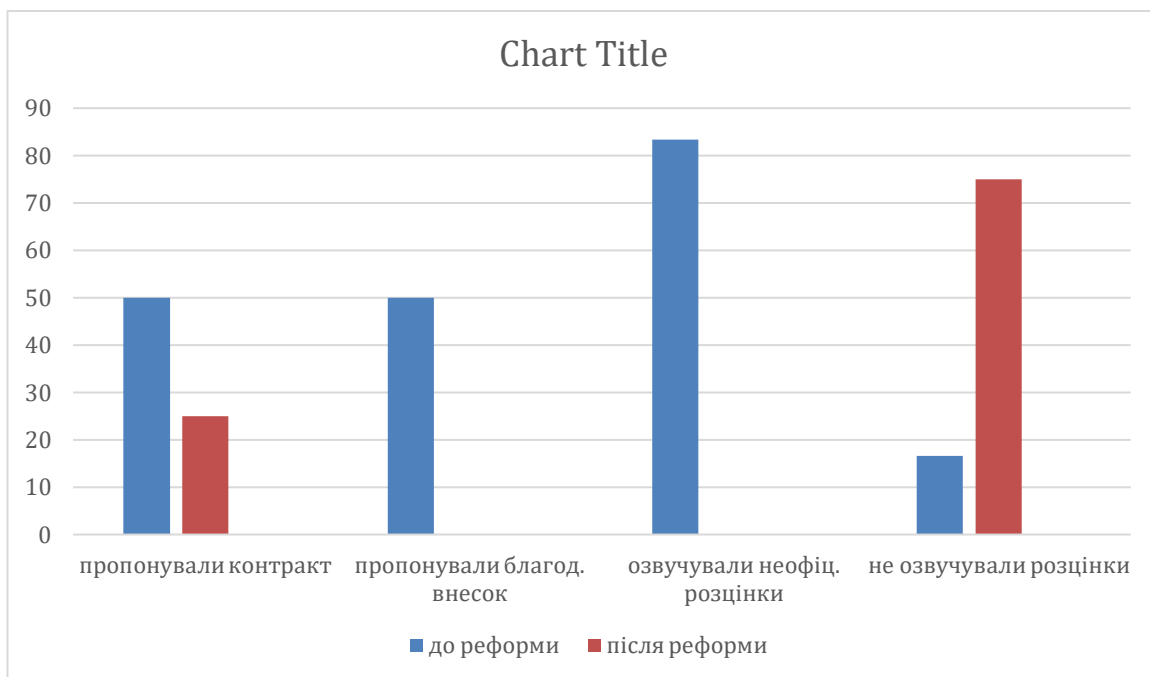


Рис. 2.1.5 Поінформованість пацієнтів з офіційними платежами за медичні послуги

Згідно відповідей респондентів, до реформи фінансування охорони здоров'я у 9 з 12 жінок певним чином були попередньо ознайомлені з офіційними розцінками установи та неофіційною системою «подяк»: з них у половини випадків пропонували оплатити благодійний внесок в касу, або заключити контракт з лікарнею або конкретним лікарем (теж половина). Лише три респондентки вказують на те, що перед отриманням медичної допомоги за пологи їм не говорили про оплату неофіційну чи офіційну.

Під час пологів вже після реформи фінансування охорони здоров'я майже всі жінки запевнили, що їм ніхто попередньо не натякав на будь-яку оплату. Тільки чверть опитаних вказали, що їм пропонували заключити контракт з певним лікарем.

Так, Анна (35 років) в своєму інтерв'ю стверджує: *«ні. Взагалі нічого не ознайомлювалася, ніхто не ознайомлював. Навіть якщо перший раз я питала, запитувала і мені сказали, що ні, все буде після пологів прайс. Але нічого, ми самі як вважали, так і лікаря могли віддячити, а могли не віддячувати. В*

другий раз також ніхто нічого. Ну були платні палати, вони є на сайті, можна було ознайомитися, подивитися, вибрати платну палату. Все є відкрито, можна зайти на сайт перинатального центру і подивитися, але в мене була звичайна палата, я взагалі нічого не платила, ні копійки. І лікарі також нічого, ні слова, не ознайомлював ні з яким прайсом. Коли я підписувала обмінну карту, то мені сказали, що вартість палат покращених ви можете побачити, сервісні вони якось називаються, то можна побачити на сайті, там є ціни. Але мене це не дуже цікавило, у мене була звичайна палата і вона мене влаштовувала, вона цілком нормальна, харчування нормальне, все нормальне».

Олена (38 років): «ну як сказати, офіційних таких прайсів для пологових не було що тоді, що зараз в державних установах, а подяку ніхто не відміняв – від себе скільки захотів. Щоб мені офіційні прайси озвучували – такого не було при обох пологах... взазі це був досвід мам, які попередньо народжували. Тобто ми спілкувалися і вже розуміли скільки потрібно готувати на пологи і взагалі чи потрібно готувати. Взагалі, самі пологи були безкоштовними, що цей раз, що в 2014 році. Подяку лікарю ніхто не вимагав, такого не було, щоб тобі прийшли сказали, що треба запалтити певну суму грошей чи за анастезію, такого не було. Це було моїм добровільним рішенням і нічого, крім цього».

Тетяна (38 років): «ознайомлені ми були, бо ми ж підписували перед пологами як договір з ними. Ми робили внесок благодійний, коли ми вже лягали в лікарню і після пологів в нас була окрема палата».

Зважаючи на дані (див.: Діаграма 2.3), після реформи фінансування охорони здоров'я зменшилась кількість випадків, коли пацієнтам пропонували офіційно або неофіційно оплатити певні види медичних послуг або покращені умови перебування жінки в пологовому будинку.

Частина питань стосувалась оцінки якості надання медичних послуг до та після реформи. Респонентки зазначили, що під час других пологів значно покращилась якість надання медичних послуг. Тільки три жінки не помітили

різниці між якістю медичних послуг та відношенням медичного персоналу до та після проведення реформи фінансування охорони здоров'я. Жодна з жінок не вказала на погіршення якості надання медичних послуг після реформи (див.: Діаграма 2.1.6).

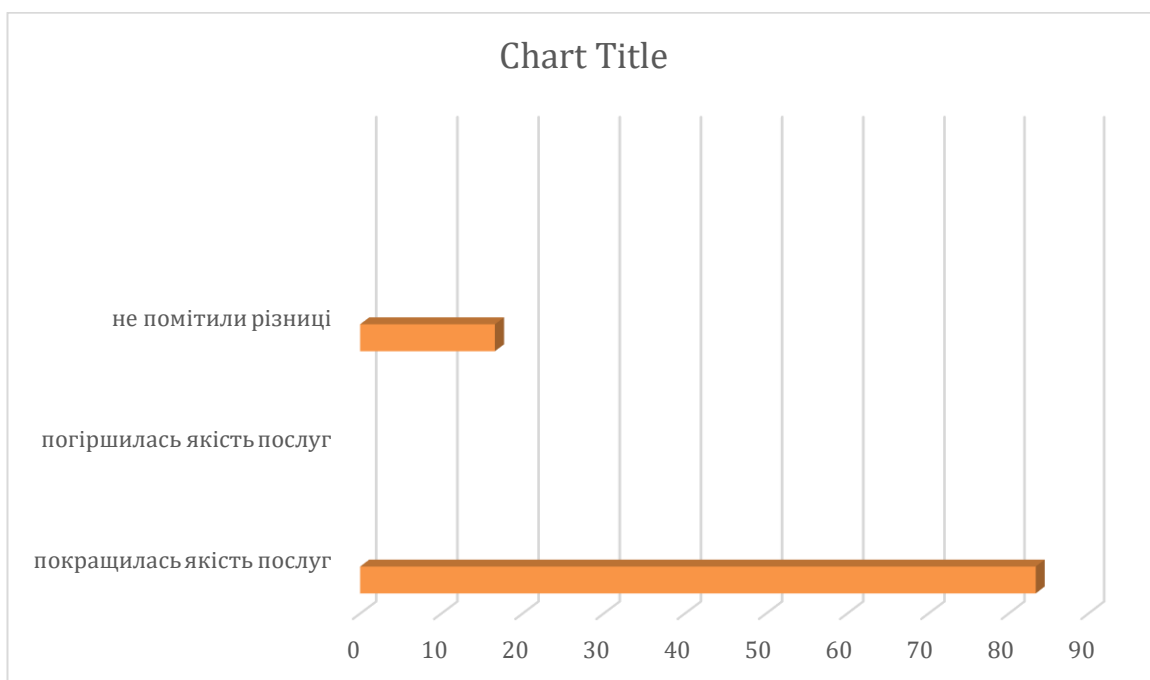


Рис. 2.1.6. Оцінка якості надання медичних послуг

Зокрема, Олена (38 років) відзначає: «В 2014 році, коли я йшла на пологи мені давали список ліків, які я повинна принести, окрім гігієни для дитини, для себе та одягу, що цього разу теж потрібно було. Так от, був певний список ліків: фізрозчини, кровозамінники, шовні матеріали, перев'язувальний матеріал – на всі можливі випадки. Навіть на випадок кесерового розтину, хоча в мене були фізіологічні пологи. На випадок кесерового розтину теж був пакет медикаментів. Ці ліки після пологів не поверталися, вони залишалися в медичній установі. Цього разу такого списку не було, я тільки йшла зі списком для себе та для дитини. Додаткових ніяких плат не вносила. Всіма медикаментами мене забезпечувала установа».

Тоді як Ганна (39 років) вказує: «Маючи досвід до реформи і після я різниці не помітила. Умови, правила, і відношення персоналу однакові, хоча

лікарні і навіть міста різні. Так само є палати загальні, де три мами з трьома дітками, є «віп» палати за які платиш кошти в кишеню персоналу, щоб отримати там ліжко».

Важливим для нашого дослідження показником був аспект доступності медичних послуг для жінок під час вагітності та пологів до та після реформи фінансування охорони здоров'я. Відповідаючи на запитання про доступність медичних послуг для жінок під час пологів до та після реформи фінансування охорони здоров'я, Олена (38 років) зазначила: *«зараз, мені здається, набагато краще стало, що ввели цю систему eHealth, що дає змогу записатися до лікаря на зручний час. Це дуже велика перевага. При перших пологах треба було записуватися в якісь окремі журнали, які стояли на кожному поверсі відділення. Зараз в інтернеті зайшов – подивився коли лікар вільний – записався і вже розраховуєш на певний час. Мені здається, що ще наситили додатковою медичною апаратурою, бо тоді було якось геть скрутно. Всі додаткові якісь обстеження я проходила в приватних клініках. Цього разу мені все пропонували в державній установі. Так само аналізи були і того разу, і цього – безкоштовними, здавалися в жіночій консультації або безпосередньо в пологовому».*

Аби підтвердити чи впливає «вдячність» медичному персоналу на якість надання послуг під час пологів, я запитала респондентів про те, чи відчували вони різницю у ставленні медперсоналу до пацієнтів, які платили і які не платили нікому. Респонденти вказували, що медичний персонал був привітний з ними не залежно від того, чи «віддячували» їм.

Отже, можна резюмувати наступне: після впровадження реформи фінансування охорони здоров'я респондентки зазначають про зменшення вимагання «подяк» та здійснення благодійних внесків за надання медичних послуг під час пологів; і до і після реформи якість надання медичних послуг не залежала від неформальних платежів.

2.2. Фактори, які спонукають до здійснення неформальних платежів за пологи

Для покращення розуміння факторів, які спонукають до здійснення неформальних платежів пацієнтів за медичну допомогу при пологах, звернемося до аналізу третьої частини інтерв'ю з жінками, які народжували до та після реформи фінансування охорони здоров'я.

Спочатку ми запитали респондентів чи надавали вони або їх близькі неформальні платежі під час пологів (див.: Рис 2.2.1).

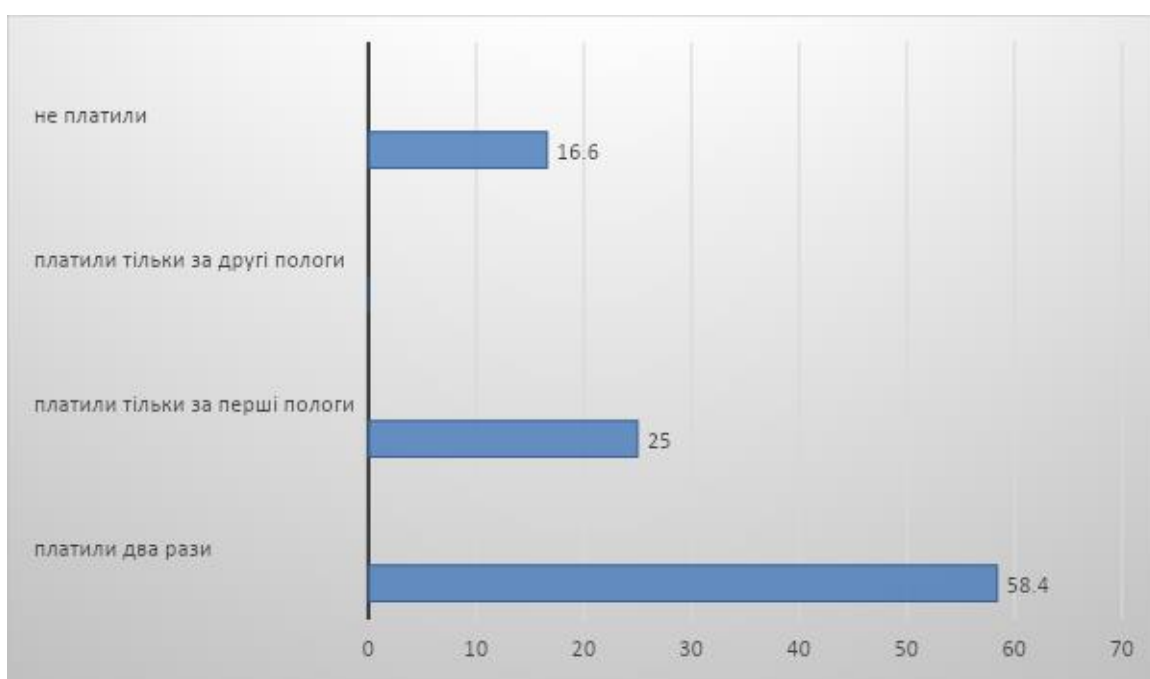


Рис 2.2.1. Здійснення неформальних платежів пацієнтів за медичні послуги під час пологів

Більшість респонденток здійснювали неформальні платежі за медичні послуги під час пологів як до реформи фінансування охорони здоров'я, так і після. Проте опитані жінки зазначають, що при перших пологах їм натякали на необхідність «подяки», тоді як при других пологах вони самі вирішували віддячити медичному персоналу, жодних натяків не було. Так, Оля (34 роки) у своєму інтерв'ю зазначає: «Квіти дарували і конверт подяки чоловік дарував.

Да. Просто по своєму бажанню скільки він бажав. Це лікарю було і акушерці. Він їх віддячив так. Це не щоб там щось отримати, це щоб просто віддячити. Чисто символічно».

25% опитаних здійснювали неформальні платежі тільки при перших пологах (тобто до реформи), а народжуючи вдруге не платили (після реформи). При цьому частина з них «дякували» не грошима, а цукерками.

Тільки 16,6% респонденток зазначили, що ні разу не платили за пологи. Тетяна (38 років) зазначає: *«Я ще до медичної реформи недобре ставилася до цих подяк медперсоналу, бо це їхня робота, вони отримують за це заробітню плату. Так само і дворник, він теж робить свою роботу, отримує заробітню плату і йому ніхто шоколадки не носить. Тобто кожен виконує свою роботу і отримує за це заробітню плату, тому я ніколи нікому не платила. Ні шоколадкою, ні грошима – нічим. Моя позиція така».*

Аналіз відповідей резиденток дозволив виділити крім виплат лікарів та іншому медичному персоналу виплати в пологовий будинок, серед яких: благодійні внески (тобто свого роду квазіформальні платежі, оскільки це платежі в касі, за що пацієнти отримують квитанцію, хоча послуги офіційно безкоштовні); оплата за те, що пологи відбуваються в лікарні, розташованій в іншому районі, ніж район респондентів; а також оплата за комфортнішу палату за рахунок благодійних внесків.

Заклади охорони здоров'я зазвичай мають два банківські рахунки: один для державного фінансування, а інший служить для додаткових коштів, що наповнюються пацієнтами. Більше того, по прибуттю в пологовий будинок, жінок також просять приносити щось необхідне, зокрема паперові рушники, рідке мило та деякі ліки.

Розмір благодійного внеску встановлюється адміністрацією пологового будинку. Таким чином, це залежить від лікарні. Сума благодійних внесків індивідуальна. З отриманих відповідей можемо зазначити, що до реформи фінансування системи охорони здоров'я жінки платили близько 100 доларів США (або близько 750 грн.), тоді як після реформи за покращені умови

пацієнти платять в середньому 3000 грн, за пологи десь 4000 грн, медперсоналу в післяпологовому десь 2000 грн. В середньому пацієнти називають суму в 10000 грн за все. Оплата за пологи здійснюється при приїзді або першому візиті в лікарню (коли мала бути обмінна карта підписана).

33,2% жінок народжували за контрактом, відповідно вони оплачували самі пологи і всі витрати, проте окремо вже не «дякували» лікарям та медперсоналу. Сума за пологи за контрактом в середньому варіюється від 12000 до 15000 грн. Так, Катя (31 рік) зазначає: *«От ми заплатили за дві доби десь 12 тисяч, але було вказано, що якщо треба буде третя доба, то ти ще доплачуєш 2500, але вони одразу пропонують заплатити менше, а потім доплатити, якщо треба. Але за ці шість років ціна особливо не змінилася, хоча здавалося, що буде зараз в три рази дорожче, але ні».*

Наступним етапом резидентки оцінювали чи відчували вони при зверненні по медичну допомогу при пологах, що неформальні платежі є необхідністю для отримання якісної медичної допомоги (див.: Рис 2.2.2).

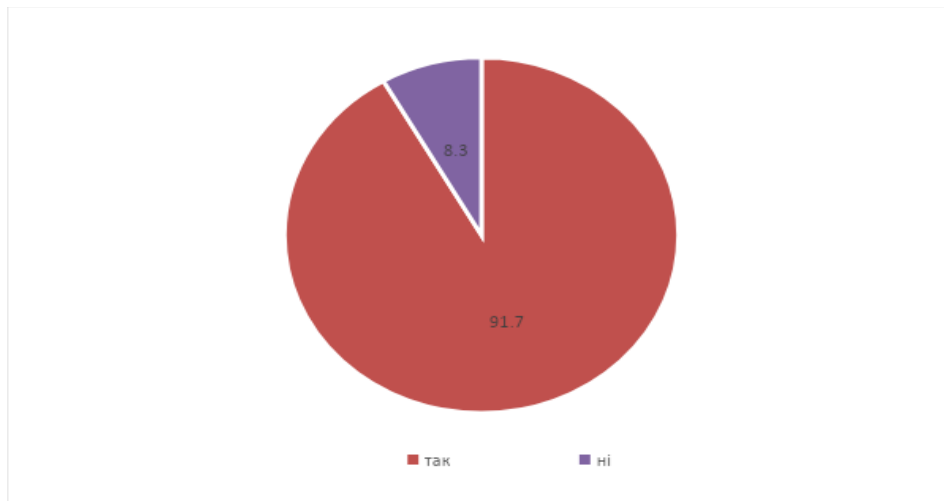


Рис 2.2.2. Неформальні платежі як необхідність отримати якісну медичну допомогу

За даними респондентів, 91,7% переконані, що неформальні платежі не впливають на якість надання медичних послуг. Респонденти аргументують це тим, що «подяка» медперсоналу надавалася ними вже після надання медичних послуг, тому на якість не могла вплинути. В окремих випадках опитані навіть

зазначають, що є лікарі, які категорично проти такої «подяки». Так, Катя (31 рік) вказує: *«Він (лікар) так мені сказав, прям як відрізав при першій зустрічі. «Всі питання оплати – ось туди. До мене медичні питання». Він цим розставив всі крапки над «і» і я зрозуміла, що краще я до нього з цими питаннями не буду лізти, бо він дуже суворо розставив межі».*

Тільки одна респондентка вважає, що неформальні платежі впливають на якість надання медичних послуг, зокрема медперсоналом нижчого рівня. Ганна (39 років): *«Є таке відчуття по відношенню до низької ланки медперсоналу лікарні. Якось за життя не приходилося спочатку давати лікарю гроші, а потім отримувати якісну послугу, а от по відношенню до медсестер таке відчуття є».*

Найбільш поширеною причиною надання неформальних платежів є переконання самих пацієнтів у тому, що вони зобов'язані «віддячити» лікарям, що це в українців такий менталітет, що вони мають платити за будь-які послуги (71,4%). Олена (38 років): *«Я думаю, що це скоріше за все звичка, яка залишилася, що треба комусь заплатити, аби було гарне відношення».*

Ганна (39 років): *«Мабуть це пов'язане з минулим, коли будь яка послуга повинна була бути матеріально закріплена, немає повного усвідомлення що податки, які ми сплачуємо йдуть, в тому числі, і на лікарні/пологові/жіночі консультації».*

75% опитаних факторами, які сприяють здійсненню неформальних платежів, називають забезпечення лояльного ставлення до себе; 75% респондентів вважають, що якщо заплатити медперсоналу, то отримають якісніші послуги; 8,3% жінок вважають, що причиною здійснення неформальних платежів є необізнаність майбутніх батьків в системі фінансування охорони здоров'я (Рис 2.2.3).

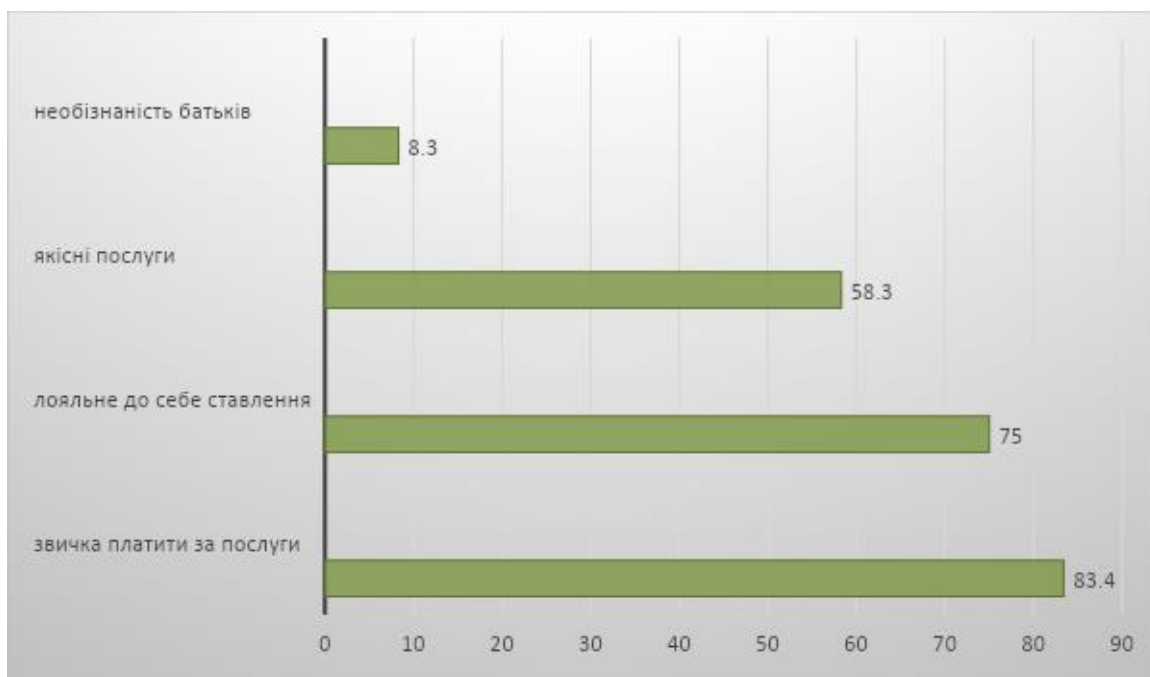


Рис 2.2.3. Причини здійснення неформальних платежів

Звернемо увагу на те, що більшість респондентів розуміють, що якість медичних послуг не залежить від «подяк» медперсоналу, і що НЗСУ оплачує пологи за реформою фінансування системи охорони здоров'я, проте вони все одно здійснювали неформальні платежі, керуючись тим, що «так прийнято платити».

В дослідженні здійснення неформальних платежів у пологових будинках Києва (2010 р) Т. Степурко зазначає, що основна причина неформальних платежів – це низькі зарплати медичного персоналу. Крім низьких зарплат, Т. Степурко вказують також інші ключові причини неофіційних платежів, такі як «стимулювання відповідальності лікарів» та «отримання якісних послуг». Також дослідниця стверджує, що неофіційні платежі утримують хороших спеціалістів у країні, тому темпи еміграції медичного персоналу на нижчому рівні (Stepurko T., 2013). Як бачимо, ситуація докорінно не змінилася після реформи фінансування охорони здоров'я.

Наступним етапом нашого дослідження було проаналізувати можливі заходи, які на думку респондентів, зможуть знизити рівень здійснення неформальних платежів за медичну допомогу при пологах. За результатами

опитування усі 100% жінок вказали на те, що потрібно забезпечити медичним працівникам гідну оплату праці, тоді і вони будуть менше натякати на «подяку» і пацієнти будуть рідше «віддячувати» з власної ініціативи. 75% опитаних також вказали, що потрібно змінити ставлення самих пацієнтів до звички обов'язково «віддячувати» за отримані послуги. 16,6% респондентів вказали, що керівництво закладу повинно контролювати вимагання неформальних платежів зі сторони медперсоналу (див.: Рис 2.2.4).

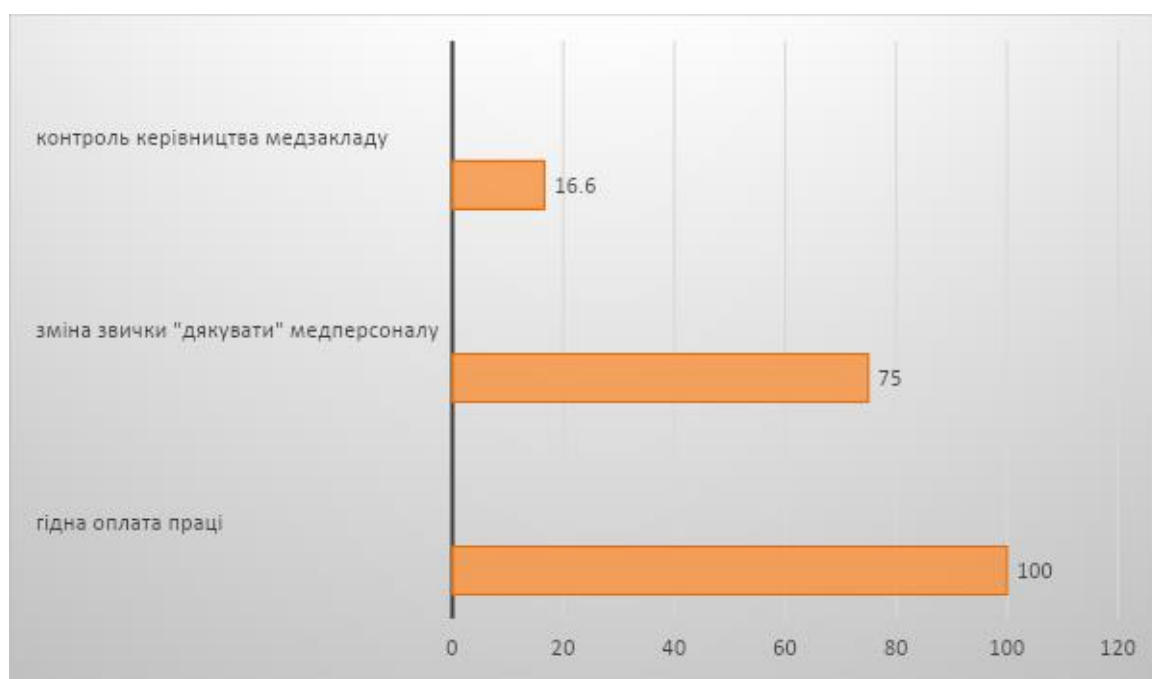


Рис 2.2.4. Заходи зменшення неформальних платежів

Результати дослідження підтвердили, що більшість жінок та їх родичів, які отримували медичну допомогу при пологах, здійснювали неформальні платежі, хоча і розуміли, що на якість отриманих послуг це не впливає. При цьому аналіз отриманих даних показав, що після здійснення реформи фінансування охорони здоров'я в Україні значно зменшилось вимагання «подяк» зі сторони медичного персоналу. Переважно пацієнти «дякують» виключно за власною ініціативою.

ВИСНОВКИ

Неформальні платежі становлять один із підвидів платежів пацієнтів за медичну допомогу з власної кишені. Неформальні платежі – це незареєстровані платежі пацієнта за фінансовану державою медичну допомогу, яким притаманні різні часові характеристики, різна мотивація тощо. Виділяють моделі неформальних платежів: плата за тарифом; плата за домовленістю; плата за проханням; плата-подяка.

На обсяг неформальних платежів в системі охорони здоров'я впливає політика держави. З 2016 року в Україні впроваджується комплексна реформа фінансування системи охорони здоров'я, яка передбачає чіткі та прозорі гарантії держави щодо медичного обслуговування, яке є безоплатним в момент споживання; кращий фінансовий захист у випадку хвороби; ефективний та справедливий розподіл державних витрат на охорону здоров'я; скорочення обсягу неофіційних платежів та створення стимулів для поліпшення якості та ефективності надання медичної допомоги державними надавачами послуг.

Однією з ланок системи охорони здоров'я, де здійснюються неформальні платежі, є медична допомога при пологах. Народжуваність в Україні на сьогодні характеризується тяжінням до зменшення. Причинами цього науковці вважають статевий дисбаланс на користь жінок, низький рівень добробуту та відсутність у жінок можливостей поєднувати кар'єру й догляд за дітьми. Сьогодні до вищенаведених причин зниження темпів демографічного відтворення населення додалися пандемія Covid-19 та війна в Україні, що провокує міграцію населення.

Дослідження здійснення неформальних платежів пацієнтів за медичну допомогу при пологах після реформування системи фінансування охорони здоров'я проводилось за допомогою методу напівструктурованих глибинних

інтерв'ю. Для проведення інтерв'ю було розроблено гайд, що складався з трьох блоків: знайомство з респондентами; проблеми, з якими зустрічалися респонденти у медичних закладах під час пологів; чинники, що змушували респондентів надавати неформальні платежі за медичні послуги під час пологів.

На основі аналізу даних опитування ми визначили такі особливості здійснення неформальних платежів за медичну допомогу при пологах до та після реформи фінансування охорони здоров'я:

- на вибір медичного закладу для пологів впливають компетентність лікаря, а також досвід пологів інших жінок;
- до реформи фінансування охорони здоров'я більшість респондентів певним чином були попередньо ознайомлені з офіційними платежами установи та неофіційною системою «подяк»; під час других пологів, тобто вже після реформи фінансування охорони здоров'я, респонденти запевнили, що їм ніхто попередньо не натякав на будь-яку оплату;
- респонденти зазначили, що відчули позитивні зміни у наданні медичних послуг під час перших та наступних пологів;
- опитаних вказали, що медичний персонал був привітний з ними не залежно від того, чи «віддячували» їм;
- більше половини респондентів віддячували за медичні послуги під час пологів як до реформи фінансування охорони здоров'я, так і після;
- майже усі респонденти переконані, що неформальні платежі не впливають на якість надання медичних послуг;
- причинами здійснення неформальних платежів є: переконання пацієнтів у тому, що вони зобов'язані «віддячити» лікарям; прагнення забезпечити лояльне ставлення до себе; намагання отримати якісніші послуги.

Отже, на основі проведеного дослідження можемо резюмувати, що після проведення реформи фінансування охорони здоров'я таке явище, як неформальні платежі, не зникло. Проте опитані вказують на більш доступну медичну допомогу при пологах.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

- Аксьонова С. Ю. (2022). Компенсаційний приріст народжуваності в Україні: очікування, чинники, перепони. *Демографія та соціальна економіка*, 4, 3-22.
- Аксьонова С. Ю., Курило І. О. (2018). Відкладання народжень в Україні крізь призму реальних поколінь жінок. *Демографія та соціальна економіка*, 3, 11-25.
- Бойко О. А. (2023). Плюси і мінуси медичної реформи в Україні. *Молодіжна наукова ліга*, 207-209.
- Великий тлумачний словник сучасної української мови (2004) / Укл. і голов. ред. В. Т. Бусел. Київ, Ірпінь: ВТФ «Перун». 1440.
- Вороненко Ю. В., Сердюк А. М., Мінцер О. П. та ін. (2007). Визначення компетенції в оцінці якості підготовки фахівців у системі безперервного професійного розвитку лікарів. *Україна. Здоров'я нації*, 1, 37- 41.
- Герлах І. В., Українець Л. А. (2022). Демографічна ситуація в Україні на сучасному етапі: виклики та загрози. *Економіка та суспільство*, 39.
- Демографічні прогнози. Інститут демографії та соціальних досліджень ім. М. В. Птухи НАН України.
- Долбнєва Д. В., Гончарук С. М. (2016). Необхідність та основні напрямки вдосконалення порядку формування та використання ресурсного потенціалу охорони здоров'я в Україні. *Проблеми економіки*, 3, 46-52.
- Індекс здоров'я. Україна–2017: Результати загальнонаціонального дослідження (2018) / Укл. Степурко Т. Г. [та ін.]. К., 211.
- Концепція реформи фінансування системи охорони здоров'я. Розпорядженням Кабінету Міністрів України від 30 листопада 2016 р. № 1013-р. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1013-2016-%D1%80#Text>. (дата звернення: 28.04.2023).

- Лехан В. М. (2007). Якість стаціонарної допомоги та шляхи її поліпшення очима пацієнтів. *Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров'я України*, 2, 66-71.
- Ляховченко Л. А. (2010). Стан та перспективи державного регулювання офіційних та неофіційних платежів населення за медичні послуги. *Інвестиції: практика та досвід*, 8, 100-103.
- Національна стратегія реформування системи охорони здоров'я в Україні на період 2015–2020 років. URL: <https://uoz.cn.ua/strategiya.pdf> (дата звернення 28.04.2023).
- Огарєва Н. М. (2023). Демографічна безпека України внаслідок соціальних катастроф в умовах сьогодення. *Наукові перспективи*, 4, 140-151.
- Політика щодо співоплати: міркування в контексті України (2021). Копенгаген: Європейське регіональне бюро ВООЗ, 24 с.
- Рачинський А. П., Дарчин Б. С. Трансформація системи охорони здоров'я України: роль держави (2022). *Scientific collection "Interconf"*, 95, 310-317.
- Семигіна, Т., І. Грига, and Тетяна Степурко. (2011). Подарунок лікарю – корупція чи подяка? *Віче*, 19, 36-39.
- Степаненко В. Соціальні особливості пандемії COVID-19 в Україні (2020). *Українське суспільство: моніторинг соціальних змін*, 7(21), 291-303.
- Степурко Т. (2013). Фінансування з кишені в кишеню. *PRO Менеджмент в охороні здоров'я*, 5, 42-49.
- Стеценко С. Г., Стеценко В. Ю., Сенюта І. Я. (2008). Медичне право України: підручник / За заг. ред. д.ю.н., проф. С.Г. Стеценка. Київ : Всеукр. асоц. вид-ів «Правова єдність», 507.
- Шевчук Р. В., Семенець-Орлова І. А. (2023). Виклики реформування системи охорони здоров'я в сучасній Україні. *Матеріали II Всеукраїнської науково-практичної конференції «Трансформація українського суспільства в цифрову еру»*. Одеса, 158-160.

- Ямненко Т. М. (2018). Медична реформа: реалії України та міжнародний досвід. *Юридичний вісник*, 2 (47), 116-120.
- Cherecheș R. M., Ungureanu M. I., Sandu P., Rus I. A. (2013). Defining informal payments in healthcare: A systematic review. *Health Policy*, 110, 105-114.
- Ensor T. (2004). Informal payments for health care in transition economies. *Health Policy*, 58(2), 237-246.
- Lewis M. (2007). Informal payments and the financing of health care in developing and transition countries. *Health Affairs*, 26, 984-997.
- Pourtaleb A., Jafari M., Seyedin H., Akhavan Behbahani A. (2020). New insight into the informal patients' payments on the evidence of literature: a systematic review study. *BMC Health Services Research*, 20, 1-11.
- Stepurko T. (2013). Informal patient payments in Central and Eastern European countries : Dissertation to obtain the degree of Doctor at Maastricht University.
- Stepurko T., Pavlova M., Groot W. (2017). Informal Payments in Health Care. *The Handbook of Business and Corruption : Cross-Sectoral Experiences*, 58, 305-327.

ДОДАТКИ

Додаток А Гайд для проведення інтерв'ю

Вступ:

Перший блок має на меті знайомство з респондентами та введення в суть дослідження. Опитування проводяться з дотриманням анонімності.

Перший соціально-демографічний блок передбачає взяття до уваги таких позицій: вік; стать; сексуальна орієнтація; рід занять; освіта; кількість дітей; дати перших та наступних пологів.

У другому блоці висвітлюються питання проблем, з якими зустрічалися респонденти у медичних закладах під час пологів. Пацієнти були опитані щодо різниці між тим як проходили пологи (реформа) до 2020 та після 2020 року.

Третій блок розрахований на визначення ~~існування~~ чинників, що змушували респондентів надавати неофіційну матеріальну та нематеріальну винагороду працівникам медичних установ (далі - неформальні платежі) за *медичні послуги під час* пологів. Респонденти опитані щодо їх власних проблем та/чи їх обізнаності щодо існуючих «негласних правил», за якими здійснюються неформальні платежі.

Інформаційна згода:

Доброго дня! Мене звати Аріна, я студентка 4 року навчання бакалаврської програми «Соціологія» в НаУКМА. Я проводжу дослідження у рамках своєї кваліфікаційної роботи щодо неформальних платежів у медичних закладах під час пологів.

Перш за все, дякую, що погодилися на розмову. На меті дослідження виявлення факторів, які спонукають чи запобігають неформальних платежам за медичну допомогу під час пологів до реформи та після неї. Розмова триватиме 45-60 хвилин.

Інформація, отримана в цьому інтерв'ю, залишатиметься конфіденційною. Прошу відповідати щиро і правдиво, адже в цій темі немає правильних або неправильних відповідей. Для мене цінним є ваш особистий досвід і роздуми. Нашу розмову я буду записувати на диктофон. З цим аудіозаписом працюватиму тільки я, він не буде відтвореним в жодній іншій аудиторії і не буде передаватися третім особам.

Блок № 1: Знайомство з респондентом

Пропоную почати з соціально-демографічного блоку:

- Скажіть, будь ласка, як Вас звати? Скільки Вам років?
- Вкажіть вашу стать та сексуальну орієнтацію.
Розкажіть трошки про Вашу родину. Чи маєте ви дітей? Скільки та якого віку?
- У яких стосунках ви перебуваєте з біологічним батьком дитини/ дітей та яку участь він видигравав під час вашої вагітності та пологовому процесі?
Розкажіть в якому місті ви народилися, в якому проживаєте зараз та скільки років?
- Розкажіть, будь ласка, який освітній ступінь ви наразі маєте (перелік)?
- Скажіть, будь ласка, чи працювали ви до народження дитини/дітей та чи працюєте наразі?

Блок №2. Кореляція вартості послуг в медичних установах та вдячностей з якістю надання послуг

- У якій установі відбуватися пологи? (державній/приватній/інший варіант)
- Які чинники впливали на ваш вибір медичного закладу для пологів?
- Чи були ви попередньо ознайомлені з офіційним прайсом установи та неофіційною системою «подяк»?
- Як ви знаходили інформацію про можливі неформальні платежі перед вступом до лікарні?
- Які види медичних послуг були надані вам під час пологів та чи стикалися ви з необхідністю платити за додаткові послуги та надавати «подяку» працівникам пологового будинку?
- Чи відрізнявся процес пологів, якість медичної допомоги та ставлення медичного персоналу до вас до реформування системи фінансування охорони здоров'я та після її впровадження?
- Чи залежало це від кількості додатково оплачених послуг та об'ємів подяк медичним працівникам.
- Як ви оцінюєте доступність медичних послуг для жінок під час вагітності та пологів у вашому регіоні?

Блок №3: Причини неформальних платежів за медичні послуги під час пологів

- Чи надавали ви або ваші близькі неформальні платежі під час ваших пологів?
- Якщо так, чи могли б ви розповісти про це детальніше? (окремо про різні)
- Чи могли б ви розповісти про ваші особисті причини для надання неформальних платежів під час пологів?
- Чи мали ви відчуття, що неформальні платежі є необхідністю для отримання якісної медичної допомоги?
- Які фактори, на вашу думку, можуть впливати на рішення людей надавати неформальні платежі під час пологів?
- Як ви взаємодіяли з медичним персоналом щодо неформальних платежів, себто кому, куди і скільки потрібно було сплачувати/дякувати?
- Чи відчули ви зміну відношення медичних працівників до неформальних платежів після реформування системи фінансування охорони здоров'я в 2020+ році?
- Чи маєте ви будь-які додаткові зауваження або коментарі щодо причин неформальних платежів за медичні послуги під час пологів?
- Які заходи ви вважаєте необхідними для зменшення неформальних платежів в медичних закладах?
- *Які суми ви платили за послуги в лікарні, включаючи оплату медичного персоналу, матеріали та обладнання?*
- *Враховуючи всі види офіційних і неофіційних грошових виплат, а також подарунки в натуральній формі, скільки загалом ви витратили (зі своєї кишені) на ці візити, за винятком оплати проїзду, транспортування швидкою допомогою та ліків?*
- Подяка.
- Запитати контактні дані та чи бажає респондент отримати транскрипт розмови дослідження.

Додаток Б Транскрипт інтерв'ю

Інтерв'ю перше

Блок № 1: Знайомство з респондентом

Пропоную почати з соціально-демографічного блоку:

I: Скажіть, будь ласка, як Вас звати? Скільки Вам років?

R: мене звати Олена, мені 37 років.

I: Розкажіть трошки про Вашу родину. Чи маєте ви дітей? Скільки та якого віку?

R: маю двох діток. Десять років і скоро меншій дитині виповниться три.

I: У яких стосунках ви перебуваєте з біологічним батьком дитини/ дітей та яку участь він відігравав під час вашої вагітності та в пологовому процесі?

R: з батьком дітей ми в офіційному шлюбі перебуваємо. Батько безпосередньо приймає участь у вихованні дітей. На жаль, зараз на війні, тому на скільки може.

I: Розкажіть в якому місті ви народилися, в якому проживаєте зараз?

R: народилася я в чудовому селі Виноград називається. Зараз проживаю в Броварах.

I: Розкажіть, будь ласка, який освітній ступінь ви наразі маєте (перелік)?

R: повна вища освіта

I: Скажіть, будь ласка, чи працювали ви до народження дитини/дітей та чи працюєте наразі?

R: і до народження, і зараз працюю.

Блок №2. Кореляція вартості послуг в медичних установах та вдячностей з якістю надання послуг

I: У якій установі відбувалися пологи (державній/приватній/інший варіант)? В якому місті?

R: державна, в місті Києві. Перший раз і другий раз.

I: Які чинники впливали на ваш вибір медичного закладу для пологів?

R: я обирала лікаря. Мені був не важливий пологовий, ніхто мені не рекомендував, особисто знаю цього лікаря ще коли він був не лікарем

I: Чи були ви попередньо ознайомлені з офіційним прайсом установи та неофіційною системою «подяк»?

Р: перший раз я платила тільки офіційно. Я офіційно заплатила за те, що я іногородня. Тоді ще було таке, бо в мене не було прописки в Києві. За це я платила кошти. Також я додаткова платила за те, що я хотіла бути в покращеній палаті. А подяка – то була від себе і то, чисто таке: цукерки, кава, чай.

І: Як ви знаходили інформацію про можливі неформальні платежі перед вступом до лікарні?

Р: як завжди, сарафанне радіо. У знайомих якихось розпитувала, запитувала у подружок, котрі народжували. Але повторю, я ні перший раз, ні другий раз не платила особисто лікарям, медсестрам, персоналу я не платила. За другим разом я народжувала, це ж вже була в нас система нова ця, що гроші ходять за породілюю??? (04:26). Народжувала я в п'ятому пологовому. Там є офіційна плата за те, що ти хочеш народжувати з вибраною бригадою. Наприклад обираєш лікаря і офіційна плата за палату якщо ти хочеш якусь покращену. Якщо ти хочеш звичайну палату – ти за неї не платиш. Якщо не хочеш взагалі платити – просто приїжджаєш на пологи і все. Ну за другим разом я також платила, я платила за палату та за те, що я хочу з вибраним лікарем народжувати

І: Які види медичних послуг були надані вам під час пологів та чи стикалися ви з необхідністю платити за додаткові послуги та надавати «подяку» працівникам пологового будинку?

Р: абсолютно ні і я скажу що відношення. Я бачила просто там як ходишпо коридорам і дивишся як там медсестри спілкуються з іншими. З іншої палати дівчата не платили за покращені умови, яки приїжджали по швидкій. Я не помітила різниці, що до мене відношення, що до них однакове було. У цьому плані стало краще

І: Чи відрізнявся процес пологів, якість медичної допомоги та ставлення медичного персоналу до вас до реформування системи фінансування охорони здоров'я та після її впровадження?

Р: Покращилося відношення, до ??? Покращилося в тому плані, може як де, але під час перших пологів могли зайти рявкрати «чого ти кричиш?», то тут тебе гладили по голові та казали «ти розумієш, що так не потрібно, воно тобі може нашкодити» - умовляли мене. По-перше, я в різних пологових народжувала, бо лікар змінив місце роботи і я за ним.

І: Чи залежало це від кількості додатково оплачених послуг та об'ємів подяк медичним працівникам.

Р: -

І: Як ви оцінюєте доступність медичних послуг для жінок під час вагітності та пологів у вашому регіоні?

Р: ну я ж кажу, я народжувала з лікарем обраним, я не можу вам об'єктивно сказати. З цього лікаря, мені було цікаво, я читала відгуки на док.юа. одна оцінка негативна і то, дівчинка промахнулася, бо коментар позитивний повністю. Всі, хто в нього народжували: «боже, тільки до нього, тільки до нього» і всім буду рекомендувати.

Я думаю, у нас все ж дуже багато відіграє людський чинник. Лікар однаково ставиться що до своїх знайомих, що до дівчинки, яку просто підібрали на вулиці, бо в неї почалися пологи. Дуже в нас ще сильно відіграє людський чинник. А так я ж кажу, відношення хороше зараз, чи може мені так повезло. У мене на пологах взагалі інтерни були, бо де навчатися дітям

Блок №3: Причини неформальних платежів за медичні послуги під час пологів

І: Чи надавали ви або ваші близькі неформальні платежі під час ваших пологів?

Р: я платила офіційно, з квитанціями, тільки за те, що хотіла покращену палату та за те, що народжувала з обраною бригадою, а лікарю тільки цукерки та кава.

Подруги – ні. Родичка одна народжувала ще в 2011 році і тоді вона платила.

І: Якщо так, чи могли б ви розповісти про це детальніше? (окремо про різні)

Р: -

І: Чи могли б ви розповісти про ваші особисті причини для надання неформальних платежів під час пологів?

Р: -

І: Чи мали ви відчуття, що неформальні платежі є необхідністю для отримання якісної медичної допомоги?

Р: Ні,

І: Які фактори, на вашу думку, можуть впливати на рішення людей надавати неформальні платежі під час пологів?

Р: я думаю, що це скоріше за все звичка, яка залишилася, що треба комусь заплатити, аби було гарне відношення. Людям потрібно це все перебороти тому що ми працюємо, також платимо податки, з податків це все забезпечується, тому я маю право безоплатну медицину, а дуже багато хто вважає, що поки не заплатиш – нічого нормально не зроблять

І: Як ви взаємодіяли з медичним персоналом щодо неформальних платежів, себто кому, куди і скільки потрібно було сплачувати/дякувати?

І: Чи відчули ви зміну відношення медичних працівників до неформальних платежів після реформування системи фінансування охорони здоров'я в 2020+ році?

Р: стикнулася з тим, сильно змінилися медичні працівники.

І: Чи маєте ви будь-які додаткові зауваження або коментарі щодо причин неформальних платежів за медичні послуги під час пологів?

Р:

І: Які заходи ви вважаєте необхідними для зменшення неформальних платежів в медичних закладах?

Р: по-перше, лідери мають змінитися, хоча б своєю думкою. По-друге, це все залежить від керівництва. І головне – аби була гідна оплата, бо раніше в хірурга зарплата була шість тисяч і він думає як йому прогодувати родину.

І: Які суми ви платили за послуги в лікарні, включаючи оплату медичного персоналу, матеріали та обладнання?

Р: ніяких сум за матеріали та обладнання не треба було, я оплатила вісім тисяч гривень за те, що буду народжувати з обраною бригадою і 12 чи 15 тисяч за палату, точно не пам'ятаю, бо вже час пройшов. І не важливо скільки днів ти будеш знаходитися в палаті

Р: Враховуючи всі види офіційних і неофіційних грошових виплат, а також подарунки в натуральній формі, скільки загалом ви витратили (зі своєї кишені) на ці візити, за винятком оплати проїзду, транспортування швидкою допомогою та ліків?

І:

Р: На цьому мої питання закінчуються, дуже дякую, що погодилися на це інтерв'ю адже воно важливе для оцінки змін, які спричинила медична реформа!

Інтерв'ю шосте

Блок № 1: Знайомство з респондентом

Пропоную почати з соціально-демографічного блоку:

I: Скажіть, будь ласка, як Вас звати? Скільки Вам років?

P: мене звати Анна, мені 35 років.

I: Розкажіть трошки про Вашу родину. Чи маєте ви дітей? Скільки та якого віку?

P: дітей в мене двоє. Старшій дівчинці буде 10 років і молодшому синочку ось буде два роки

I: У яких стосунках ви перебуваєте з біологічним батьком дитини/ дітей та яку участь він відігравав під час вашої вагітності та в пологовому процесі?

P: живемо разом, все добре, разом з ним вже 15 років. Допомогає завжди, на перших пологах не був присутній, а от на других був.

I: Розкажіть в якому місті ви народилися, в якому проживаєте зараз?

P: Київ

I: Розкажіть, будь ласка, який освітній ступінь ви наразі маєте (перелік)?

P: я закінчила київський національний університет будівництва та архітектури, за спеціальністю я архітектор

I: Скажіть, будь ласка, чи працювали ви до народження дитини/дітей та чи працюєте наразі?

P: як раз отримала диплом, через якийсь час завагітніла, народила, потім працювала між вагітностями, ну а потім карантин і вже не працювала і знов завагітніла. Поки що працюю не по спеціальності

Блок №2. Кореляція вартості послуг в медичних установах та вдячностей з якістю надання послуг

I: У якій установі відбувалися пологи (державній/приватній/інший варіант)? В якому місті?

Р: перші пологи були у червні 2013 року, це другий пологовий на мостицькій. Другі пологи у п'ятому пологовому, який на севастопольській, чи солом'янська площа. І той, і той державний

I: Які чинники впливали на ваш вибір медичного закладу для пологів?

Р: в перший раз порадили конкретного лікаря-акушера, тому було там. В другий раз обирала вже сама, обирала з відгуків, всю вагітність моніторила лікарів, що пишуть, де які програми. Одним з критеріїв найголовніших, не зважаючи на лікарів і на їх ступінь, було також, щоб це не було оплати на руки, а оплата через установу, через банк, щоб все було офіційно. Таким чином вибір пав саме на п'ятий пологовий (про пологи після реформи)

I: Чи були ви попередньо ознайомлені з офіційним прайсом установи та неофіційною системою «подяк»?

Р: офіційно – звісно, я писала їм спочатку через їх інстаграм сторінку та через фейсбук сторінку. Потім я приїхала на зустріч підписання картки, в них є спеціальний кабінет, де розказують всю інформації про пологи, скільки коштує, що входить, що є безкоштовним ну і потім підписали ми. Неофіційних ніяких оплат не було, ніхто не натякав і взагалі нічого такого.

I: (уточнююче) це під час перших і других пологів?

Р: це конкретно про другі пологи, вони були у червні 2022 року. У 2013 році всі пологові, це те, що я знаю, всі працювали за оплатою на руки, тоді платила в 2013 році. Спілкувалася з різними лікарями, питали хто скільки бере. На жаль, така система була, тому що відгуки були 50 на 50, або можливо навіть навпаки – 70 на 30. 70 – це погані відгуки, привозили і кому як повезло народити, це теж така, дуже індивідуальна справа. У когось легко і швидко, а у когось, на жаль, не легко і не швидко. Тому для того, щоб себе перестрахувати, то ми вирішили в останній момент в перших полгах платити все ж таки, тому що в мене була крупна дитина, були деякі там предостороги від лікаря, тому так.

I: Як ви знаходили інформацію про можливі неформальні платежі перед вступом до лікарні?

Р: у цього лікаря народжувала сестра мого чоловіка в 2010 році, вона, як лікар, повністю їх задовільнила і ми звернуся до неї. Навіть вам скажу так: вона мала бути на пологах у сестри чоловіка, але в неї тоді не вийшло і приймали інші. Потім ми звернулися, знову ж таки, до неї але якось так вийшло, ми сплутали імена. Ми її ще не бачили на той момент, як виглядає цей лікар і співпало так, що вона чекала на цей час пару Анна та Андрій. Ми переплутали ім'я лікаря і ми зустрілися з нею. Все обговорили, все з'ясували, обговорили пдр, коли я буду народжувати приблизно. Десь через півгодини нас набрала лікар, з якою ми в принципі мали зустрітися і вийшло так, що це інша була і ми вже з нею говорили, але після того, як з нею поговорили, вона також працює в другому пологовому, то вона сказала більшу ціну і мені не сподобався її такий верхній підхід, бо вона сказала, що якщо в неї не вийде приїхати, то приймати буде хтось інший. Тому ми залишилися з першою, яка потім нам зателефонувала, сказала: «знаєте, вийшла накладка, мали інші Анна та Андрій прийти». Ну я кажу: «ну а що нам робити? Ми б хотіли з вами бути». Лікарка погодилася і воно дійсно, коли я там народжувала, то дуже швидкі та екстренні пологи були і вона приїхала. До неї, як до лікаря, у мене в мене взагалі питань не було. У мене і після пологів все питала, все вела, тобто відношення було гарне. Але тоді так працювали всі за гроші. Ніхто не вимагав, але прайс був. Питали ми конкретно при зустрічі скільки то коштує, ціна на той момент була близько 1000 доларів. Вона сказала, що розуміє ситуацію і якщо там менше буде і ми зійшлися на сумі в 700 доларів.

І: Які види медичних послуг були надані вам під час пологів та чи стикалися ви з необхідністю платити за додаткові послуги та надавати «подяку» працівникам пологового будинку?

Р: під час перших пологів в 2013 році я за пропискою відносилася до 5 пологового, але тоді, в 2013 році за нього були погані відгуки. У мене там народжували двоє знайомих і вони народжували прямо в коридорах, тому в 5 я не зверталася, а коли ми звернулися в другий мені сказали, що так як я за пропискою не відношуся за пропискою до другого, то я маю там сплатити 1000 гривень, це був обов'язковий внесок, через банківську цю форму. Він називався благодійний внесок, він йшов там на якісь медикаменти, пелюшки і таке. І звісно за палату, бо якщо ти хочеш безкоштовно, то ти перебуваєш у загальній палаті по 4-5 чоловік, а якщо хочеш окремо, то за це треба було платити, але знов таки, це було через касу пологового.

При других пологах як я їхала дізнаватися інформацію, то вони мені дали роздруківки, де було написано що скільки коштує, як оплатити. Тобто все прозоро, максимально. Це

впринципі мене і запевнило в тому, що я буду там народжувати, тому що в них не було ніякий прихованих комусь за щось доплатити, ніяких вносків, неважливо з якого ти міста України, з якого ти району, з Києва, не з Києва, усім однаково, безкоштовно. В безкоштовні пологи входило народжувати з черговою бригадою і всі ліки теж входили, але якщо я хотіла народжувати з конкретним якимось лікарем це все проплачувалося. Заповнювався бланк і ми проплачували через касу банку на реквізити пологового, що ми з цим лікарем, на таку суму такий пакет ми проплачуємо. Ніяких додаткових взагалі, ніяких після. Ну знаєте, як бувають ситуації: в мене кума народжувала в 2020 році в третьому пологовому і їй сказали вже після. Вона тільки народила, тільки відійшла і їй одразу почали казати, що це стіки, це стіки, тому дай, тому дай. Тобто людина в шоці тільки народила і ось така практика теж, але це вже 2020 рік, але в третьому (третьому пологовому) я такі історії чула. Не знаю, на постійній це основі, чи від чогось, когось залежить – не знаю.

I: Чи відрізнявся процес пологів, якість медичної допомоги та ставлення медичного персоналу до вас до реформування системи фінансування охорони здоров'я та після її впровадження?

Р: і в перший раз, і в другий в мене ніяких нарікань не було, все було добре: і заходили часто, і малюком цікавились і всі лікарі, і анатологи, і консультанти з грудного вигодовування – всі приходили. В другий раз – можливо краще тому що більш детально розповідали за всі вакцинації, за те, що беруть аналіз крові на генетичні захворювання, це є безкоштовним. Про все повідомляють, ну я думаю, що краще, що ми рухаємося в кращу сторону. Самі пологи теж, я просто багато цікавилася в той рік, коли була вагітна як це проходить в других країнах і бачу, що ми тепер рухаємося в більш європейській площині. І до підходів до пологів – ніхто нікого не давить, не видавлює дітей, не витягує, усе максимально природньо.

Якщо на перших пологах в 2013 році мені казали тільки лежачи – це було довго, жахливо. А в другий раз, хоча дитина теж була крупна, було все дуже швидко, бо ми приїхали, а через півгодини вже народила. Лікар максимально казав «як хочеш стій, сиди, на колінах, на боку», тобто максимально прислуховувався до мене і питав як мені комфортно. Тобто це дуже приємно, так. Знаєте, на перших пологах мені казали: «що ти кричиш? Не кричи!», а ти чуєш, як там матюкаються, там ????(14:35) тут (під час других пологів) хочеш кричати – кричи. Лікар з тобою на одній хвилі, при тому що лікар молодий і це був хлопець. Наприклад в 2013 році я до чоловіка лікаря-акушера навряд чи пішла, у мене тоді було

упередження. А ось в нього народила і сказала, що «я б до вас за третім пішла». Взагалі ніякого дискомфорту і підхід дуже-дуже приємний. Людиною себе відчуваєш (сміх)

I: Чи залежало це від кількості додатково оплачених послуг та об'ємів подяк медичним працівникам.

Р: Ну ми лікаря свого ніяк не віддячували, нікого взагалі, хто там був... помічниця в нього ще була. Ми ж не з ним домовлялися, ми в нього спитали чи вільні в нього приблизно ці дати і сказали, що хочемо з ними народжувати. Все. В них є декілька там цих пакетів - ми брали мінімальний, де лікар просто приймає пологи. В них там ще є програма, в п'ятому, «пологи як вдома», ви мабуть вже чули про цю програму. В них знаходишся як вдома, можни виписатися в перший же день, якщо не хочеш робити всі щеплення, або будеш робити їх поза межами пологового, але ми порахували, що в принципі нема сенсу в цьому, просто окрема палата, ми з ним народили. Ми йому не казали: «ми з вами беремо такий пакет, такий пакет» тому мені важко сказати, але так ще вийшло, що як раз, коли я народжувала, то він був черговий лікар, тобто я б і так до нього потрапила. Я б не думаю, що це б якось відрізнялося тому що я його після запитувала: «а якщо б там, ну..» він каже «мій підхід до пологів, до жінки такий, що не важливо чи ви оплачуєте, чи не оплачуєте. Тобто ви народжуєте зі мною як з черговим лікарем, або якщо за програмою – моє ставлення однакове». не знаю чи щиро, але сподіваюсь, що так воно і є.

I: Як ви оцінюєте доступність медичних послуг для жінок під час вагітності та пологів у вашому регіоні?

Р: я вважаю, що в нас все добре в Києві. Може в мене просто гарний досвід і якихось таких потреб в мене не виникало. Досвід в принципі і з першими пологами в мене добрий, з другими ще кращий

Блок №3: Причини неформальних платежів за медичні послуги під час пологів

I: Чи надавали ви або ваші близькі неформальні платежі під час ваших пологів?

Р: (про себе казала вище) хто ще народжував, із знайомих, за місяць до мене, або через якийсь час – всі платили виключно з прайсу від пологового і все. І натяків від лікаря ніяких не було, тому що десь може через місяць чи півтора в мене були проблеми там: піднімалась температура, тверді груди були і лікар казав «неважливо який час, набирай, звони, питай» і він дійсно, так вийшло, що я пізно його набирала і він відповів. Без всяких там доплат, він

сказав, що як входить, це нормально. І потім він також сказав приїхати після пологів, це також входило в цю суму, яку ми на початку оплачували – приїхати там після пологів через якийсь час щоб він подивився, шви там трошки накладали, як там все загоюється. Огляд, все, як потрібно

І: Якщо так, чи могли б ви розповісти про це детальніше? (окремо про різні)

Р: -

І: Чи могли б ви розповісти про ваші особисті причини для надання неформальних платежів під час пологів?

Р: (про перші пологи) це також була умова за якої лікар приймав би в мене пологи. Це не була якась моя ініціатива «давайте я вам заплачу, ви так гарно в мене прийняли пологи». Знаєте, таке часто буває, коли народжують з черговою бригадою, є в мене такі знайомі, їм все сподобалося і вони платили. От наприклад чоловіка брат, в нього дружина народжувала в лютому 2019 року, в третьому також вона, і також вийшло, що вони домовлялися з лікарем, він мав в неї приймати, а вийшло, що вона народжувала в день його дня народження і він сказав, що випив і вже не приїде. В неї приймала чергова бригада і тому, що все було добре, то вони заплатили. Запропонували заплатити після, там вони відмовлялися (бригада), але вони настояли, тобто самі батьки щоб якусь подяку заплатити. В моєму ж випадку в перших, в 2014 році це була ну... тобто якщо я хочу, то я маю, мушу заплатити. Як вони там вже розподіляли між собою, бо їх же теж багато лікарів приходило, і один лікар анестезіолог, один лікар зашивав. Не знаю як вони там розділяли, ми платили один раз, одну суму, про яку казала. До пологів ми домовилися і після пологів, коли все було добре – платили. Платив чоловік, тож таких нюансів вже не знаю

І: Чи мали ви відчуття, що неформальні платежі є необхідністю для отримання якісної медичної допомоги?

Р: чесно? Я до останнього була проти щось платити, я хотіла сама, але напевно вже після народження зрозуміла, що можливо і добре, що заплатили, тому що пологи були не дуже прості. Це як раз був день конституції, деякі бригади там вже, ну.. я потрапила на перезмінку, коли одна бригада, інша мала приїхати, і якщо чесно, такий би був підхід, тому що в нас була домовленість і за родзал, і за пологи. Ну я народжувала не з чоловіком, а з його мамою, вона поруч була. І нам відмовили спочатку і в родзалі, сказали, що нічого нема, ми питаємо як так, бо ми ж домовлялися, все домовлено. Дзвонили цій лікарці, вона потім подзвонила, сказала, що все є, все зараз вам звільнять, бо якби я попала так на чергову, то я

не знаю як би я народила, тому шкодувати, в принципі, я не шкодувала за те, що я заплатила. Можливо це дійсно мені зіграло на руку. Бо коли я сказала, що там домовленість є, то всі почали рухатися тому що до цього – я приїхала, з мене витікають води, бо вони відійшли ще вдома. Мене довго оформлювали і взагалі підхід був дуже.. Я розумію, у мене там схватки, я вже не можу, в мене нема сил казати якісь дані, адресу проживання, телефон, а вони там сидять, нікуди не поспішають до поки не приїхала ця лікар. Я не знаю як би було, якби було дійсно безкоштовно і чергові, і де б я там народжувала тому що мене там прибиральниця штовхала: «відійди, під тобою лужа, скільки можна» - жах.

І: це напевня як раз до попереднього питання про зміну відношення медичного персоналу після реформи

Р: я сподіваюся всіх пологових, програма для всіх єдина, я сподіваюсь, що таких випадків нема, бо це жахливо, це стрес, а коли це перші пологи то ти не знаєш що як, ти сам, з тобою поруч нікого нема. Дівчат, які народжували в колі теж, бо нікого ж не пускали. Тобто я думаю, що зараз набагато краще і зараз такого дикунства нема.

І: **Які фактори, на вашу думку, можуть впливати на рішення людей надавати неформальні платежі під час пологів?**

Р: по-перше це стереотипність тої думки, яка формувалася багато років, що якщо ти не заплатиш, то ти не отримаєш гарне ставлення і дійсно компетентну консультацію, але я думаю, що це хибно. Але знов таки, це настільки індивідуально – залежить і від лікаря, від фахівця і наскільки лікар у цьому розумінні. Тобто що для нього на першому місці: заробити або надати допомогу, як він має це робити.

У мене багато знайомих, що треба заплатити і коли ми казали, що ми заплатили тільки те, що прописано і більше нікому нічого, то всіх це дивувало «як це? що взагалі-взагалі? і прибиральниці нічого не давали, нікому?», кажу: «ні, нікому». І речі передавали, і знов таки, це ж 2021 рік – Covid, але нікому взагалі нічого, на руку, в карман – взагалі нічого. Ну було бажання, бо дуже приємні ці жіночки, які там: «зайвий раз не вставай, я тобі подам, принесу», і речі передавали носили, і пакети туди-сюди носили, то чисто так «по-людськи» заплатити за таке – так, а от що стосовно лікарів – я думаю, що в принципі мабуть це сенс тої реформи, що відійти від цих взяток, цих хабарів. Щоб лікар був зацікавлений в державній програмі отримання коштів і паралельно надавати фахову допомогу

I: Як ви взаємодіяли з медичним персоналом щодо неформальних платежів, себто кому, куди і скільки потрібно було сплачувати/дякувати?

I: Чи відчули ви зміну відношення медичних працівників до неформальних платежів після реформування системи фінансування охорони здоров'я в 2020+ році?

Р: ну коли я спілкувалася конкретно з другим лікарем, який в мене приймав пологи, то він казав, що це дуже круто, що таке запроваджують і лікарі самі зацікавлені в гарних відгуках, в тому, щоб їх рекомендували, до їх пологового люди йшли, записувалися і в принципі в самого закладу, на відміну від другого, третього вони (п'ятий пологовий) активні в мережах, вони все розповідають під час війни, вони максимально викладали багато інформації. В мене просто були знайомі, яким треба було народжувати вже після початку війни і їм дійно великий-великий плюс, що вони максимально багато доносять інформації до дівчат, багато викладають прямих ефірів, відповідають на питання будь-які, там 10-20 ефірів підряд. Це дійсно класно, що вони зацікавлені

I: Чи маєте ви будь-які додаткові зауваження або коментарі щодо причин неформальних платежів за медичні послуги під час пологів?

Р: погано, що це взагалі існує, але так як я з таким останнім часом не стикалася, то .. впринципі, я вам скажу, ніде: протягом ведення вагітності, при зверненні до інших якихось лікарів, закладів – все було офіційно. От скільки воно коштує в касі – стільки і платиш, бо я там зверталася до генетика паралельно ще і ніхто нічого не стягував, не натякав. В 2013 році були деякі випадки, деяких лікарів, у того ж лікаря, що веде жіночі консультації, у якої я стояла, то вона там да, періодично щось натякала

I: Які заходи ви вважаєте необхідними для зменшення неформальних платежів в медичних закладах?

Р: висвітлення максимально своєї діяльності, контакту тісного зі своєю аудиторією, багатьма там засобами аби люди розуміли, що можна отримати будь-яку фахову допомогу не сплучуючи додатково. Аби людина розуміла, що вона платить певну суму, якщо в змозі, і що вона за це отримає. Тим паче, що в нас пологи безкоштовні і епідуральна анестезія в нас безкоштовна. В п'ятому пологовому про все це кажуть і якщо ти не маєш можливості, фінансові стани у всіх різні, вони кажуть (5 пологовий): «ми приймаємо однаково». Ну відрізняються палати, можливо, і все. Тобто в нас всі лікарі за єдиний якийсь стандарт приймання пологів там без щіпців, без витягування, без цього всього і коли це максимально інформується, то людина знає, що навіть якщо в неї нема грошей, але вона бачить відгуки,

бачить якісь заходи, дні відкритих дверей, коли запрошують подивитися на палати, на родзали, на умови, познайомитися з лікарями, позадавати їм питання. Це зближує і надає той контакт. Ну і зацікавленість лікарів в цьому, аби відійти від цієї системи

I: Які суми ви платили за послуги в лікарні, включаючи оплату медичного персоналу, матеріали та обладнання?

R: під час перших пологів ми платили в 2013 році чи 700 чи 750 доларів за пологи і я була там три доби і доба в палаті окреміш коштувала 1000 гривень, тобто ще 3 000 гривень і плюс я заплатила тисячу перед, коли підписувала обмінну картку, ще 1 000 гривень. Тобто 750 доларів і ще 4 000 гривень - це перші пологи. Все, більше нічого.

В другі пологи ми заплатили щось чи 8 чи 9 тисяч – це була найменша сума. І додатково за палату 7 тисяч.

I: а за що ці 8000 тисяч? Чи можна було в п'ятом народжувати безоплатно?

R: так, можна було, але тоді буде будь-який черговий лікар. Я хотіла з черговим лікарем, бо про нього читала відгуки та хотіла до нього. Тому мені сказали, що якщо будь-які, неважливо якої там категорії всі лікарі, відрізняється лише система ведення. Я сказала, що мені найпростішу одномісну палату, без проживання родичів, як там є з додатковими кімнатами, телевізорами, ще там щось. Все. Це вартість пологів з цим лікарем.. з будь-яким лікарем обраним. За те, що я обираю сама, за можливість обрати. Все, більше ніяких медикаментів – нічого. Якщо в 2013 році з собою треба було нести цілу купу речей, то в цей раз це взагалі був мінімум, тобто вони надавали в чому народжувати, все це було і входило харчування. Тобто якби я вирішила щоб мені робили епідуральну анестезію, то в 2013 році вона додатково коштувала, якщо я не помиляюся, 700 гривень, але я не робила. От зараз, при других пологах я питала і вони сказали, що це входить. Якщо захочу робити, то це входить, але я теж не робила

I: Враховуючи всі види офіційних і неофіційних грошових виплат, а також подарунки в натуральній формі, скільки загалом ви витратили (зі своєї кишені) на ці візити, за винятком оплати проїзду, транспортування швидкою допомогою та ліків?

I: можливо я ще щось не уточнила, забула запитати, а ви про це хотіли розповісти?

R: я дуже задоволена, як це відбувається зараз. У мене багато історій там про перший, про сьомий і, на жаль, не дуже добрих, але навіть за третій навіть вже дівчата кажуть, що стає краще набагато, бо коли в третьому лежала на зберіганні сестра чоловіка в 2010 році – це

був жах. Жахливий стан палат, жахливий стан пологового, то зараз вже краще, ремонт вже. І в п'ятому роблять ремонти, то дуже сучасні. Я коли народжувала, то запитала «Це якийсь за дорогою оплатою(родзар)?» він сказав – «ні-ні, це той родзал, в якому ми народжуємо». Тому що там була така ванна-джакузі і вона була не як палата, а як комфортна велика кімната, з великими вікнами, максимально все чисто, приємно, світло і вони притримуються програми «тихо, тепло, темно». Якщо мені там треба було, то там найбільша за оплатою програма їх це «пологи як вдома», коли ти хочеш – береш з собою всю сім'ю, хочеш – вмикаєш музику, свічки запалюєш, приймаєш ванну – будь-що. Ти там знаходишся, поки не відчуєш, що вже народжуєш, а лікарі там обережна за тобою спостерігають, ведуть. Тобто народження дитини відбувається максимально природнім шляхом. Це я з відгуків знайомою, яка вже після народжувала за цією програмою.

І: На цьому мої питання закінчуються, дуже дякую, що погодилися на це інтерв'ю адже воно важливе для оцінки змін, які спричинила медична реформа!