

Аналітичний звіт про стан застосування неформальних платежів у системі охорони здоров'я України на основі досліджень, які проводилися у період з 2018 по 2025 рік

Аналітична мета цього звіту: описати поширеність і масштаби явища «неформальних платежів» в сфері охорони здоров'я, зафіксувати ключові зміни та тенденції 2018 – 2025 (в межах доступних джерел), окреслити чинники й причини цього явища, проведені заходи та сформувані рекомендації для системного зменшення цього явища.

Згідно з дослідженнями, які було проаналізовано, станом на 2025 рік неформальні платежі залишаються проблемним питанням в системі охорони здоров'я, зокрема на рівнях первинної та спеціалізованої медичної допомоги. Це спотворює пріоритети фінансування, посилює нерівність доступу до медичної допомоги та знижує довіру до державних інституцій.

З 2018 по 2021 рік, завдяки впровадженню реформи системи охорони здоров'я та впровадженню комплексу інших заходів, значно скоротилась частка пацієнтів на рівні первинної медичної допомоги, які здійснили хоча б один неформальний платіж – з 62% до 21%. Паралельно зменшилась «примусовість» платежів: зросла частка тих, хто платив «за власним бажанням» (з 33,9% до 50,0%), а частота вимог благодійних внесків і вимог купувати медичні товари знизилась. Про це свідчать результати повторного дослідження щодо обсягів та частоти здійснення неформальних платежів на рівні первинної медичної допомоги представлені проєктом USAID «Підтримка реформи охорони здоров'я». [1]

У крос-секційному дослідженні «Неформальні платежі в системі первинної медичної допомоги України», яке проводилося у 2022 – 2023 роках, неформальні платежі розглядаються як комплекс практик, що включають:

- грошові та «еквівалентні» передачі медпрацівникам;
- «благодійні внески», які фактично є умовою отримання послуги;
- закупівлі ліків/виробів за списками, які мали би покриватися державним фінансуванням;

- подарунки та будь-які платежі поза офіційними правилами. [2]

Саме така розширена дефініція, що застосовується у даному дослідженні дозволяє сегментувати види неформальних платежів, що в подальшому допоможе фіксувати проблемні питання, що пов'язані із даною темою.

У період 2020 – 2025 система охорони здоров'я працює в кризових умовах, які спричинені пандемією COVID-19 та повномасштабною війною. Це період є критичним для аналізу динаміки явища неформальних платежів, оскільки з одного боку, реформа фінансування та запуск / масштабування програми медичних гарантій із роллю Національної служби здоров'я України як єдиного національного закупівельника мали створити прозорі правила та зменшити стимули до «позасистемних» оплат, а з іншого боку пандемія COVID-19 та повномасштабна війна ускладнили впровадження реформ і загострили наявні диспропорції, що могло трансформувати неформальні практики.

Окремо варто зафіксувати, що результати вище згаданого крос-секційного дослідження (польовий етап: 01.06.2022 – 31.05.2023) вказують

на суттєву частку респондентів, які декларували досвід неформальних оплат на рівні первинної медичної допомоги вже в умовах повномасштабної війни: 48,7% повідомили, що здійснювали неформальні платежі «хоча б раз у житті» за послуги сімейного лікаря, а 45,5%, що здійснювали такі платежі протягом 01.06.2022 – 31.05.2023. [2] Ці оцінки не є прямим продовженням показників дослідження проведеного у 2018 – 2021 роках через іншу методологію та розширене визначення (включно з тим, що мало бути покрито державним фінансуванням), але вони чітко підтверджують: явище зберігається, а в кризовий період може відновлюватися в нових формах.

На рівні стаціонарної допомоги, за даними опитування 2023 року, серед госпіталізованих протягом останніх 12 місяців поширеність різних типів витрат зменшувалася порівняно з 2020 роком, зокрема неформально лікарю або іншому медперсоналу з 17,6% у 2020 році до 12,7% у 2023 році; водночас знижувалися й «благодійні внески», платежі через касу і витрати на товари медичного призначення. [2]

За даними дослідження «Індекс здоров'я» серед респондентів, які отримували стаціонарну допомогу, кожен четвертий респондент (26,7%) вказував на сплату товарів медичного призначення під час останньої госпіталізації, 15,2% сплачували за лікування на рахунок благодійного фонду чи іншої організації, 17,8% у касі згідно з офіційними правилами, 15,6% платили неформально лікареві або іншому медичному персоналу. У цілому значна частка пацієнтів (60,1%) стаціонарної допомоги сплачували за такі послуги з власної «кишені», однак, порівнюючи з попередніми часовими періодами дослідження, поширеність такої практики зменшується, що може бути пов'язано з реформою госпітального сектору та запровадженням як пріоритетних, так і загальних пакетів медичної допомоги в рамках програми медичних гарантій. Однак у 2023 році середні суми неформальних платежів були значними (зокрема, середній розмір неформальної «подяки» лікареві – 5273,30 грн), а також фіксувались практики вимагання: серед тих, хто платив на рахунок благодійного фонду / іншої організації, у 58,8% випадків повідомлялося про вимогу такої оплати; серед тих, хто платив неформально лікарю, кожен третій зазначив, що оплату від нього вимагали. Особливо про поширеність подібної практики повідомляли молоді люди, міські мешканці та внутрішньо переміщені особи. [4]

Причини неформальних платежів є комплексними. Серед них можна виділити економічні, фінансові чинники та соціально-культурні звички. Вони формуються на перетині економічних і фінансових проблем та стійких соціально-культурних моделей поведінки, що історично закріпилися у взаємодії пацієнта і надавача медичних послуг. [2, 3, 4]

Медичні працівники, зі свого боку, часто раціоналізують прийняття неформальних платежів не лише низькою оплатою праці, а й бажанням «не образити пацієнта», а також дефіцитом ресурсів закладу, додатковими навантаженнями та управлінськими практиками. [3]

Щодо регіональних та структурних відмінностей, відзначається, що неформальні платежі не є «однаково поширеним» явищем по країні та в усіх

типах медичної допомоги. Їхня частота, форма (гроші «в руки», внесок на фонд, купівля ліків / медичних матеріалів) і мотивація (добровільна «подяка» чи фактичне вимагання) суттєво залежать від того, де саме людина отримує послугу, у якому регіоні живе, а також від її соціального профілю і життєвих обставин. Якщо на рівні первинної медичної допомоги значна частина платежів може проявлятися як «подяка» або невеликі суми, то в стаціонарі суттєво зростає роль напівформальних схем, зокрема через благодійні фонди чи пов'язані організації. [3]

Згідно з даними дослідження ГО «Афіна. Жінки проти раку», яке у 2020 – 2024 роках вивчало досвід отримання пацієнтами з онкологічним діагнозом медичних послуг у межах програми медичних гарантій з метою оцінки динаміки змін у сфері охорони здоров'я, спостерігається зменшення окремих проявів неформальних платежів у спеціалізованій медичній допомозі. Зокрема, частка респондентів, які повідомляли про оплату за госпіталізацію, знизилася з 27,0% у 2020 році до 6,3% у 2024 році. Також зменшилася частка пацієнтів, які зазначали сплату «благодійних внесків»: з 52,0% у 2020 році до 16,1% у 2024 році. Паралельно з цим зменшилася частка пацієнтів, які зазначали, що сплачували «благодійні внески» в онкоцентрах: із 52,0% у 2020 році до 16,1% у 2024 році. Наведена динаміка може розглядатися як позитивний сигнал у контексті державної політики щодо посилення безоплатності та прозорості надання послуг у рамках програми медичних гарантій, оскільки скорочується частка випадків неофіційних оплат за доступність медичної допомоги та платежів під виглядом «внесків». [5]

З метою запобігання неформальним платежам МОЗ у межах реалізації державної політики, у сфері охорони здоров'я, для забезпечення безоплатності медичної допомоги та підвищення доброчесності надавачів медичних послуг Кабінет Міністрів України прийняв низку постанов.

Зокрема, постанова Кабінету Міністрів України від 05.07.2024 № 781 «Деякі питання надання послуг з медичного обслуговування населення за плату від юридичних і фізичних осіб» унормувала надання платних послуг у закладах охорони здоров'я державної та комунальної форми власності та закріпила вимоги, що зменшують простір для неформальних розрахунків, а саме прозоре розмежування платних і безоплатних послуг, обов'язкове оприлюднення переліків і вартості платних послуг та переліків безоплатних послуг. Окремо передбачені ситуації, коли медична допомога оплачується в межах програми медичних гарантій, але пацієнт сплачує лише додаткові опції, наприклад, якщо виїзд або надання послуги вдома / за місцем перебування здійснюється на прохання пацієнта (а не через медичні показання), якщо пацієнт у плановому стаціонарі бажає самотійно обрати лікуючого лікаря, а також якщо пацієнт за власним запитом обирає палату підвищеного комфорту. Кожен випадок надання послуг за плату має бути належно оформлений відповідними підтвердними документами та відображений в електронній системі охорони здоров'я із зазначенням джерела оплати. Розрахунки повинні проводитися виключно у безготівковій формі. Вартість платних послуг заклад визначає самотійно

шляхом затвердження відповідного преїскуранта та з обов'язковим дотриманням вимог щодо недопущення подвійної оплати за послуги, які мають надаватися безоплатно в межах програми медичних гарантій.

Постановою Кабінету Міністрів України від 02.05.2025 № 511 «Про внесення змін до постанови Кабінету Міністрів України від 25 квітня 2018 р. № 410» оновлено підхід до визначення розміру штрафних санкцій за порушення умов надання медичних послуг у рамках програми медичних гарантій, зокрема змінено механізм розрахунку санкцій з метою усунення ризиків дискримінації між надавачами. Відтак, перехід до оновленого підходу забезпечило більш уніфіковану модель санкціонування та посилює превентивний ефект державного контролю, спрямованого на недопущення практик неформальних платежів і забезпечення прав пацієнтів на отримання безоплатних медичних послуг.

Також МОЗ реагує на поточні ризики виникнення неформальних платежів та поточні ризики виникнення неформальних платежів та пов'язаних із ними практик «вимушених» витрат пацієнтів на медичні вироби, зокрема у високовартісних втручаннях, де дефіцит або непрозорий розподіл виробів може створювати підґрунтя для вимагання оплат.

У сфері ендопротезування суглобів одним із ключових антикорупційних запобіжників є централізована закупівля ендопротезів державним коштом із подальшим цільовим розподілом лише в ті заклади, які визначені МОЗ і мають відповідний договір із НСЗУ, що зменшує ризики нав'язування пацієнту купівлі ендопротеза власним коштом або «доплат» за доступ до операції. Порядок функціонування електронної системи формування та ведення електронної черги з безоплатного ендопротезування затверджений наказом МОЗ від 26.12.2024 № 2180 «Деякі питання функціонування електронної черги з ендопротезування пацієнтів» та зареєстрований в Міністерстві юстиції України 30.01.2025 за № 161/43567. Цей наказ визначає механізм проведення операції в порядку черговості шляхом автоматизації запису в чергу, адміністрування черги, реєстрації планування та проведення операцій, що дозволяє автоматизувати процес та забезпечення прозорості реєстрації записів пацієнтів в електронну чергу. У випадку планового ендопротезування для отримання послуги пацієнти вносяться до електронної черги. Електронна черга формується та ведеться окремо на базі кожного закладу охорони здоров'я, де надаються такі послуги. Кожен пацієнт, який має медичні показання для проведення планових операцій з ендопротезування, має право бути записаним в електронну чергу в будь-якому закладі охорони здоров'я незалежно від місця його проживання. Система автоматизує всі процеси запису, адміністрування черги, планування та проведення операцій, що забезпечує прозорість та ефективність процесів. Це дозволяє гарантувати право пацієнтів на безоплатне ендопротезування, забезпечити прозорість реєстрації та формування електронної черги, а також вести облік проведених операцій.

МОЗ впродовж 2025 року на виконання пункту 3 рішення Ради національної безпеки і оборони України від 12 лютого 2025 року «Про додаткові заходи щодо забезпечення доступності лікарських засобів для українців» щодо

проведення моніторингу стану виконання договорів про медичне обслуговування населення за програмою медичних гарантій у частині забезпечення наявності та використання надавачами медичних послуг необхідного переліку лікарських засобів під час надання відповідних медичних послуг, визначеного галузевими стандартами у сфері охорони здоров'я надає відповідні звіти. Ці звіти стосуються забезпечення проведення позапланових моніторингів спільно із Національною службою здоров'я України на дотримання надавачами медичних послуг умов договорів за програмою медичних гарантій у частині фактичного забезпечення пацієнтів лікарськими засобами та медичними виробами відповідно до галузевих стандартів у сфері охорони здоров'я.

Окрім цього, МОЗ проводить аналіз результатів моніторингу дотримання надавачами медичних послуг умов договорів про медичне обслуговування населення за програмою медичних гарантій за пакетами «Медична допомога при гострому мозковому інсульті», «Хіміотерапевтичне лікування та супровід пацієнтів з онкологічними захворюваннями у стаціонарних та амбулаторних умовах», «Хірургічні операції дорослим та дітям у стаціонарних умовах» у частині проведення ендопротезування суглобів.

Паралельно МОЗ у взаємодії з НСЗУ та заінтересованими органами продовжує роботу над удосконаленням підходів до оплати медичних послуг у межах програми медичних гарантій з метою підвищення фінансової обґрунтованості тарифів, зменшення «розривів покриття» та мінімізації ризиків перекладання витрат на пацієнтів. У цьому контексті одним із пріоритетних напрямів визначено перегляд фінансових підходів до оплати кардіохірургічних операцій, зокрема уточнення структури тарифу та механізмів компенсації витрат на високовартісні медичні вироби й витратні матеріали, що є критично важливим для забезпечення реальної безоплатності таких втручань і зниження стимулів до виникнення неформальних платежів.

У підсумку можна виокремити, що неформальні платежі в системі охорони здоров'я України у 2020 – 2025 роках не зникли, а трансформувалися, змінюючи форми й канали залежно від сегмента допомоги та контексту. Дані вказують, що на рівні первинної медичної допомоги реформа фінансування та програма медичних гарантій сприяли зменшенню поширеності неформальних оплат і зниженню прямого примусу, однак паралельно спостерігається ризик «перетікання» практик у менш видимі формати (добровільні «подяки», перекладання витрат на пацієнта через придбання ліків/матеріалів) і/або відновлення практик у кризових умовах. Після 24.02.2022 фактори війни (нестача ресурсів, перевантаження, переміщення населення, погіршення доступності в окремих територіях) могли посилити ймовірність повернення неформальних механізмів як способу «забезпечити доступ» або «зменшити невизначеність».

Для зменшення поширеності такого явища, як неформальні платежі, необхідно продовжувати впроваджувати підходи синхронізовані між МОЗ, НСЗУ, місцевою владою та керівниками закладів, щоб одночасно змінювати правила, стимули та поведінку для усунення проблеми.

Впродовж 2025 року суттєвим елементом антикорупційної архітектури стала концентрація уваги на пріоритетних послугах програми медичних гарантій, де оплата за послуги має надходити безпосередньо закладам від НСЗУ, що зменшує можливість для вимагання з пацієнта за те, що вже профінансоване державою.

Масштабування кращих управлінських практик і стандартизація на рівні закладів може бути теж інструментом боротьби із неформальними платежами. Там, де керівництво чітко встановлює правила (тільки офіційна оплата, прозора благодійність без прив'язки до послуги, публічні переліки безоплатного/платного, внутрішні процедури реагування на інциденти), неформальні платежі зменшуються швидше і стійкіше. Посилення контролю має супроводжуватися прозорістю.

У межах формування плану дій МОЗ на 2026 рік передбачено подальший розвиток цифрових інструментів, спрямованих на боротьбу із неформальними платежами та підвищенням доступу пацієнтів до медичної допомоги. Зокрема, передбачається створення в електронній системі охорони здоров'я функціоналу, який надаватиме пацієнтові можливість самостійно здійснювати онлайн запис на медичні послуги. Зазначений напрям доцільно продовжити як один із елементів комплексних заходів МОЗ, орієнтованих на подальше вдосконалення організації надання медичної допомоги, посилення прозорості та підзвітності процесів у закладах охорони здоров'я, а також зниження ризиків виникнення неформальних платежів.

Використані джерела:

1. Дуда М., Коваленко Н., Ющенко А. та ін. Звіт за результатами дослідження «Неформальні платежі на рівні первинної медичної допомоги після запровадження реформи фінансування». Київ: Проект USAID «Підтримка реформи охорони здоров'я», 2021.
2. Дуда М., Коваленко Н., Токар А., Сороцинський О., Павленко П., Одринський В. Informal Payments in Ukrainian Primary Healthcare System: cross-sectional study, 2022–2023 years : препринт. medRxiv. 2025.
3. Levenets O., Stepurko T., Polese A., Pavlova M., Groot W. Just informal patient payments are not enough, 'personal connections' and knowledge of the 'rules' are also required: a logistic regression analysis of informal practices in health care in Ukraine // Health Economics, Policy and Law. 2025. Vol. 20, Iss. 1. P. 64–84. DOI: 10.1017/S1744133124000215. Cambridge University Press & Assessment.
4. Індекс здоров'я. Україна–2023: результати загальнонаціонального дослідження : звіт (розд. «Амбулаторна допомога», «Стационарна допомога»). Київ, 2024. URL: https://healthindex.com.ua/HI_Report-UA_2023.pdf.
5. ГО «Афіна. Жінки проти раку». Стан надання медичної допомоги в межах Програми медичних гарантій: досвід пацієнтів з онкозахворюваннями : результати дослідження (2020–2024 рр.) : презентаційні матеріали. [Б. м. : б. в.], 2024. 48 с.