

ПОРІВНЯННЯ ДОСТУПНОСТІ МЕДИЧНИХ ПОСЛУГ В УКРАЇНІ ТА ДЕЯКИХ КРАЇНАХ ЄВРОПИ (ДЛЯ ТИМЧАСОВО ПЕРЕМІЩЕНИХ ОСІБ)

Публікацію підготовлено за підтримки Міжнародного фонду «Відродження» у межах проєкту «Антикризове управління кордонами та підтримка українських мігрантів». Матеріал відображає позицію авторів і не обов'язково збігається з позицією Міжнародного фонду «Відродження».



Війна проти України спричинила одну з надзвичайних гуманітарних ситуацій у сфері переміщення в новітній історії. Понад чверть населення України вимушено покинули свої домівки, шукаючи безпечніші місця на території України та за її межами.

Значна частина населення України перетворилася або на внутрішньо переміщених осіб в Україні або на отримувачів тимчасового захисту за кордоном.

Станом на середину січня 2023 року чисельність українців, зареєстрованих для тимчасового захисту, який надає право на проживання, доступ до ринку праці, медичних послуг і соціальної допомоги у країнах ЄС становить 4,9 млн осіб.

При цьому, на відміну від біженців з

інших країн, більшість українських переселенців – переважно жінки з дітьми та люди похилого віку, які гостро потребують гарантованого доступу до медичної допомоги.

Саме тому наявна система охорони здоров'я та доступність до неї є одним з вагомих факторів, який впливає на прийняття українцями рішення про вибір країни перебування.

Зважаючи на це, аналітичний центр «Європа Без Бар'єрів» дослідив доступність медичних послуг (доступ до лікарів, час витрачений на отримання медичних послуг, якість послуг, фінансова обтяжливість), як для внутрішньо переміщених українців, так і для громадян України, які нині перебувають в країнах ЄС – Польщі, Німеччині, Угорщині.



УКРАЇНА

Після 24 лютого 2022 року медична система України опинилася в надскладних умовах, в яких ніколи не працювала. В умовах воєнного стану необхідно було швидко організувати та забезпечити надання якісної, доступної та вчасної медичної допомоги громадянам України, евакуйованим з територій, де відбувалися чи продовжуються бойові дії, або які знаходилися в окупації.

На місцевому рівні були прийняті рішення щодо забезпечення сталого функціонування української медичної системи. Такими рішеннями стали, наприклад, спрощення маршруту пацієнта та покращення доступності медичної допомоги за рахунок того, що Міністерство охорони здоров'я спростило правила користування електронними інструментами (електронні направлення, виписки, рецепти і т. д.), а також прибрало такі вимоги, як

обов'язковість візиту до свого сімейного лікаря чи необхідність електронного направлення при візиті до спеціаліста.

Крім цього, заклади охорони здоров'я отримали можливість не вносити дані в електронну систему охорони здоров'я у тих випадках, коли відсутня технічна можливість це зробити – відсутність світла, мережі інтернет, відповідної комп'ютерної техніки.

Завдяки цьому сьогодні кожен громадянин у разі необхідності може швидко та безоплатно потрапити на прийом до терапевта, сімейного лікаря чи педіатра, а також за потреби отримати екстрену або невідкладну медичну допомогу.

Непотрібними нині є й направлення до низки вузьких фахівців: гінеколога (зокрема, дитячого), стоматолога (планова й ургентна допомога для дітей і дорослих), психіатра, нарколога,

фтизіатра та лікаря, в якого пацієнт із хронічними захворюваннями перебуває під наглядом.

Що стосується внутрішньо переміщених осіб, то їм надається повний спектр медичних послуг, незалежно від місця їх територіального перебування й укладених ними раніше декларацій з лікарем. Громадяни зі статусом внутрішньо переміщеної особи для отримання медичної допомоги можуть звертатися у будь-який заклад охорони здоров'я за своїм вибором, якщо цей заклад пропонує відповідне лікування¹.

За даними дослідження, проведеного Всесвітньою організацією охорони здоров'я², робота системи охорони здоров'я України залишається стабільною, а загальний доступ до певного рівня медичних послуг залишається вільним. 95% осіб, які зверталися за медичною допомогою протягом періоду з 24 лютого 2022 року, повідомили, що отримали послуги первинної медичної допомоги, а 90% опитаних мали доступ до медичних послуг у зв'язку з хронічними захворюваннями.

¹ Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 17 березня 2022 року № 496 «Деякі питання надання первинної медичної допомоги в умовах воєнного стану»

² [World Health Organization Ukraine](#)

³ Програма медичних гарантій

БЕЗОПЛАТНІ МЕДИЧНІ ПОСЛУГИ ТА ПРОГРАМИ В УКРАЇНІ

Продовжує діяти під час воєнного стану Програма медичних гарантій³. Вона передбачає 32 пакета послуг, серед яких: медична допомога породіллям та новонародженим у складних неонатальних випадках, лікування інсульту й інфаркту, мамографія, бронхоскопія, колоноскопія, хірургія одного дня, діагностика та лікування дорослих і дітей із туберкульозом, лікування та супровід пацієнтів з онкологічними захворюваннями й багато іншого.

Продовжує діяти урядова програма «Доступні ліки» + Інсулін», що забезпечує реімбурсацію лікарських засобів (компенсацію державою повністю або частково їхньої вартості) від серцево-судинних захворювань, цукрового діабету першого/другого типу, нецукрового діабету, бронхіальної астми, розладів психіки та поведінки, епілепсії.

При цьому з 2023 року реімбурсація передбачатиме відшкодування не лише ліків, а й медичних виробів, наприклад, тест-смужок.

Однак, з кожним новим місяцем війни громадяни України, особливо на тимчасово окупованих територіях та територіях з активною фазою конфлікту, не можуть отримати необхідні ліки. До головних причин можна віднести, неможливість доставлення ліків до місця, здорожчання, відсутність роботи та доходів.



ПОЛЬЩА

Польська медична система за принципом роботи подібна до української – в країні працює Національний фонд охорони здоров'я, який є аналогом Національної служби здоров'я України.

Медична допомога для пацієнтів повністю безплатна, однак для її отримання необхідно бути застрахованими в Національному Фонді охорони здоров'я.

Витрати на державну страховку діляться навпіл між роботодавцем і громадянином. Самозайнята особа оплачує таке страхування самостійно, у той час як дія медичної страховки поширюється на чоловіка чи дружину, який/яка не працює.

Обсяг медичних послуг, які оплачує держава, орієнтований здебільшого на надання первинної допомоги.

Державне фінансування компенсує лише 70% загальних витрат на здоров'я, а 30%, зазвичай, оплачує застрахована особа з власної кишені⁴.

БЕЗОПЛАТНИЙ ДОСТУП ДО МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ:

базова медична допомога — візити до сімейних лікарів, виклик швидкої;

спеціалізована амбулаторна допомога;

діагностичні дослідження (за направленням лікаря);

лікування в стаціонарі;

психіатричне лікування;

реабілітація (крім курортів);

стоматологічні послуги;

контрацепція.

⁴

https://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0018/163053/e96443.pdf



ДОПЛАТИ ДО ДЕРЖАВНОЇ МЕДИЧНОЇ СТРАХОВКИ

ліки;

амбулаторні послуги (діагностика, консультації, реабілітація);

стоматологія (держава компенсує з фонду лише 30% вартості стоматологічної послуги).

ПЛАТНІ МЕДИЧНІ ПОСЛУГИ:

стоматологічне протезування;

пластичну хірургію;

санаторно-курортне лікування або санаторно-курортне оздоровлення;

лікування за кордоном або повернення вартості лікування за кордоном.

Також у Польщі розвинені приватні клініки та лабораторії, проте вартість послуг в них доволі висока. В середньому один візит до лікаря коштувати-

ме 150 злотих (1350 грн), якщо людині потрібен тільки рецепт і вона знає який, вартість до 75 злотих (675 грн).

ВІДШКОДУВАННЯ ВАРТОСТІ ЛІКІВ

У Польщі передбачена Програма державної компенсації вартості лікарських засобів населенню (субсидовані ліки за рецептом). Це аналог української програми «Доступні ліки». Вартість препаратів компенсується повністю або частково в залежності від категорії (групи здоров'я) та важкості захворювання.

Всі громадяни України, у тому числі неповнолітні, які прибули до Польщі не раніше 24 лютого 2022 року, мають право на відшкодування ліків на тих самих умовах, що і громадяни країни.

Крім того, для 100 000 біженців з України надається фінансова допомога – «500 злотих на придбання ліків». Термін дії програми розрахований на 120 днів.

При цьому Програма покриває 100% витрат (в межах 350 злотих) на рецептурні ліки, виписані лікарем, і 85% вартості ліків, що відпускаються без рецепту.



УГОРЩИНА

Система охорони здоров'я в Угорщині також базується на обов'язковому медичному страхуванні, однак українці, які є тимчасово переміщеними особами мають право на доступ до безоплатних медичних послуг, який надається протягом шести місяців.

ПЕРЕЛІК БЕЗКОШТОВНИХ МЕДИЧНИХ ПОСЛУГ:

профілактичні огляди;

первинна медична допомога;

спеціалізована стаціонарна допомога;

спеціалізована амбулаторна допомога;

невідкладна стоматологічна допомога та лікування, направлене на збере-

ження зубів - забезпечення лікування пацієнтів за найнижчою категорією відшкодування;

реабілітація;

служба швидкої допомоги;

транспортування пацієнтів;

відшкодування витрат на ліки (у разі призначення лікаря);

обов'язкові вікові щеплення.

СТРАХОВА МЕДИЦИНА

Після закінчення 6-місячного періоду громадянам України зі статусом тимчасового захисту необхідно отримати медичну страховку, витрати на



яку у тому числі можуть покриватися роботодавцем.

При цьому медичне страхування може бути як державним, так і приватним.

Внески за медичне страхування у державних установах становить близько 8 тисяч форинтів (орієнтовно 20 євро) на місяць або 96 тисяч форинтів (орієнтовно 250 євро) на рік, у приватних надавачів послуг – в залежності від пакету медичних послуг, регіону обслуговування та стану здоров'я людини – 16-17 тисяч форинтів (орієнтовно 40 євро) на місяць або 200 тисяч форинтів (орієнтовно 500 євро) на рік.

У випадку, якщо особа належить до соціально-незахищених верств населення – не має майна, а її місячний дохід не перевищує 34 200 форинтів (орієнтовно 94 євро) – для сімейних осіб, і 42 750 форинтів (орієнтовно 118 євро) – для одиноких осіб, вона може звер-

нутися по допомогу до Асоціації Менедж, яка пропонує мігрантам державну медичну страховку безкоштовно.

При цьому приватна страхова медицина розвинена здебільшого у великих містах, у той час як медичні заклади в сільській місцевості віддають перевагу державному страхуванню. Отже, маючи в наявності приватний медичний страховий поліс, застрахована особа з провінції зможе звернутися до лікаря лише в найближчому місті.

ВІДШКОДУВАННЯ ВАРТІСТІ ЛІКІВ

Страхові компанії покривають вартість ліків лише у випадку, якщо субсидований препарат замовляється за рецептом лікаря.



НІМЕЧЧИНА

Система охорони здоров'я в Німеччині базується на обов'язковому медичному страхуванні. Існує дві різні форми страхування: державне та приватне, при цьому рівень надання медичних послуг за обома системами є високим.

90% медичного страхування у Німеччині забезпечує держава, у той час як, щоб отримати недержавну медичну страховку, необхідно мати дохід понад 54 900 євро на рік.

Перевагою державного медичного страхування є сімейне страхування, дія якого розповсюджується як на дітей, так і на дружину/чоловіка, якщо вона/він не має власних доходів.

Дана опція недоступна, якщо особа застрахована в приватній страховій компанії, де оформлювати поліс необхідно на кожного члена родини.

З 1 червня 2022 року, вибір медичної страхової компанії є обов'язковим для всіх українських біженців, у той час як витрати на державне медичне стра-

хування покриває Центр зайнятості.

При цьому, громадянам України у Німеччині надається доступ до повного спектру пільг і послуг, які пропонує загальнообов'язкове медичне страхування, а їхній обсяг визначає лікуючий лікар у кожному конкретному випадку.

ДЕРЖАВНЕ МЕДИЧНЕ СТРАХУВАННЯ

Система державного медичного страхування у Німеччині має свою особливість: за державне медичне страхування відповідають понад 80 різних кас. Усі каси медичного страхування є державними корпораціями та підлягають суворому державному нагляду.

Перелік послуг, що покривається страховим полісом визначається каталогами послуг. При цьому на законодавчому рівні немає конкретного пе-

реліку послуг, що надається пацієнту. Визначено, що застрахована особа має право на адекватне лікування, засноване на потребах медичного лікування відповідно загальноновизнаному стану медичної науки. Крім того, зазначено, що медичні послуги повинні відповідати принципу економічної ефективності. Це означає, що вони мають бути достатніми, відповідними, економічними та не перевищувати необхідного обсягу⁵.

Більшу частину витрат на медичне обслуговування зазвичай покриває страхова компанія. Проте, інколи необхідно вносити невелику доплату за медичне обслуговування, яка розраховується у спосіб, який не створює непосильного фінансового тягаря для застрахованої особи.

ПЕРЕЛІК ДОПЛАТ ДО ДЕРЖАВНОЇ МЕДИЧНОЇ СТРАХОВКИ⁶:

ліки для лікування незначних проблем зі здоров'ям (проносні, сироп від кашлю, назальний спрей);

рецептурні ліки (доплата сягає 5-10 євро);

масаж або фізіотерапія (застрахована особа зазвичай оплачує близько 15% витрат);

допоміжні засоби: бинти або ортопедичні вироби (застрахована особа зазвичай оплачує близько 20%);

частина вартості окулярів;

повна вартість коронок, мостів, часткових або повних протезів;

витрати при лікуванні вторинних захво-

рювань, що виникають у результаті потрібних медичних втручань – наприклад, ускладнень, спричинених косметичною операцією чи пірсингом та ін.;

витрати на одиночну палату, прийом у головного лікаря;

витрати на нетрадиційну медицину (гомеопатія та ін.).

ВАРТІСТЬ ДЕРЖАВНОГО СТРАХУВАННЯ

Вартість державної страховки становить від 14,6% до 15,6% від щомісячного доходу. Працівник сплачує лише половину загальної суми внеску на медичне страхування, а другу половину сплачує роботодавець – від 7,3 до 8,3% валової заробітної плати працівника.

Загалом вартість державної страховки на місяць становить від мінімальних 100 євро для студентів до 845 євро для самозайнятих осіб.

НЕВІДКЛАДНА ДОПОМОГА

На «швидкій» допомозі працюють не лікарі, а санітари, які надають першу допомогу, а не лікують. Вони мають певні медичні навички й їхня головна задача – найшвидше доправити пацієнта до медичного закладу, де йому нададуть кваліфіковану та комплексну медичну допомогу.

«Швидку» допомогу в Німеччині можна викликати лише у випадках, коли особа перебуває в небезпечному стані з загрозою для життя.

⁵

Соціальний кодекс (SGB), п'ята книга (V) – Законодавче медичне страхування

⁶

Медична страховка. Німеччина

ПЕРЕЛІК СТАНІВ, ПРИ ЯКИХ НАДАЄТЬСЯ ШВИДКА МЕДИЧНА ДОПОМОГА:

задишка;

гострий біль у грудях;

гострий біль у животі;

запаморочення;

нещасні випадки та травми;

ускладнення під час вагітності;

психічні розлади;

загроза самогубства;

надзвичайна ситуація, пов'язана з наркотиками;

анафілактичний шок;

втрата свідомості або кома.

У всіх інших випадках хворий повинен звернутися до лікуючого лікаря самостійно, а в разі виклику невідкладної допомоги з причин, що не несуть загрози його життю, хворий матиме сплатити штраф.

ВІДМІННОСТІ МІЖ ПРИВАТНИМ І ДЕРЖАВ- НИМ МЕДИЧНИМ СТРАХУВАННЯМ

При тому, що за обома видами страхування медичний догляд надається тими самими лікарями та в тих самих лікарнях, при обслуговуванні перевага надається пацієнтам, які мають приватне медичне страхування – їх швидше записують на прийом до спеціалістів, а в лікарнях надають одно- або двомісну палату.

Ще одним привілеєм приватної медичної страховки є можливість вибору лікаря тої чи іншої кваліфікації, який проводитиме лікування чи оперативне втручання, у той час як державне страхування не надає такого права вибору, через що лікування може проводити інтерн чи практикант.

Це пов'язано з тим, що лікарі та лікарні отримують набагато вищу плату за лікування приватно застрахованих пацієнтів, ніж за лікування тих, хто має державне медичне страхування.

При цьому пацієнти із полісом приватної компанії сплачують за своє лікування самостійно і лише згодом отримують компенсацію витрат від надавача полісу, у той час як питання пацієнтів, які мають державне медичне страхування, лікар вирішує безпосередньо з медичною страховою компанією.

Внески приватного медичного страхування розраховуються виходячи з пакету медичних послуг, що включатиме страховка, і потенційних ризиків для здоров'я застрахованої особи – наявності хронічних захворювань і шкідливих звичок, віку, способу життя.

Державні медичні страхові компанії розраховують внески з урахуванням платоспроможності застрахованої особи: високий дохід – високі внески, низький дохід – помірні внески.

ПОРІВНЯННЯ ВАРТОСТІ ДЕЯКИХ АНАЛІЗІВ В УКРАЇНІ ТА ДЕЯКИХ КРАЇНАХ ЄС

В будь-якій країні ЄС, рівно як і в Україні, без страхування і направлення лікаря можна здати аналізи в приватних лабораторіях. Як показало порівняння вартості деяких аналізів і деяких країнах, ціни на дослідження в Україні значно нижчі за ціни в країнах ЄС.

ПЕРЕЛІК АНАЛІЗІВ	ВАРТІСТЬ АНАЛІЗІВ			
	УКРАЇНА ⁷	ПОЛЬЩА ⁸	УГОРЩИНА ⁹	НІМЕЧИННА ¹⁰
Т4 ВІЛЬНИЙ	200 UAH 2 EUR	28 PLN 2 EUR	2400 HUF 6 EUR	15 EUR
ПРОГЕСТЕРОН	230 UAH 2,4 EUR	33 PLN 7 EUR	3000 HUF 7,5 EUR	20,4 EUR
ФЕРРИТИН	260 UAH 2,5 EUR	33 PLN 7 EUR	2500 HUF 6,24 EUR	15 EUR
ВІТАМІН ДЗ	450 UAH 11,25 EUR	90 PLN 19 EUR	11500 HUF 32 EUR	28 EUR

7

[Сувепо Україна](#)

8

[Портал прайсів на всі види послуг](#)

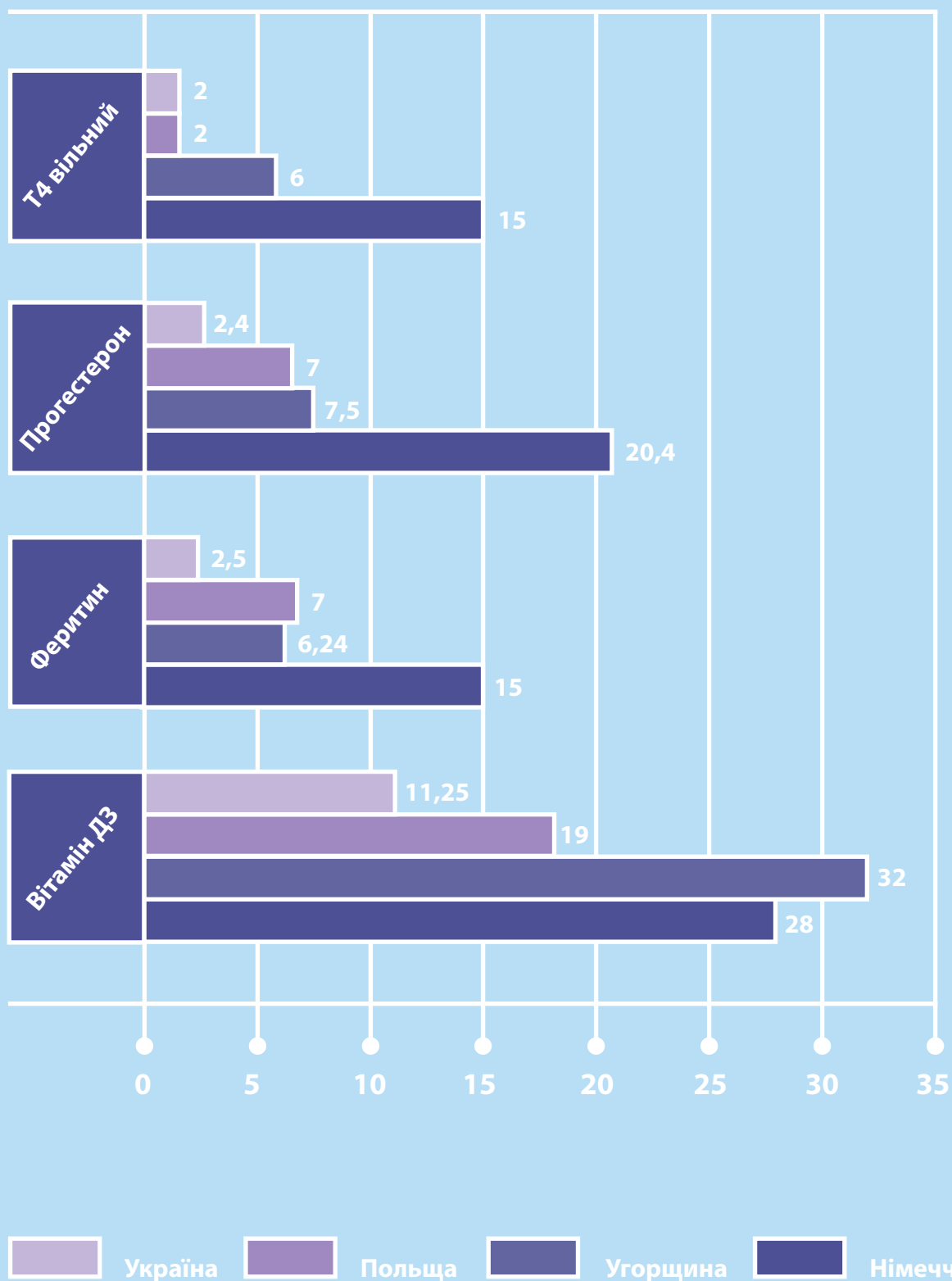
9

[Медична лабораторія Medicover](#)

10

[City Labor](#)

ПОРІВНЯННЯ ВАРТОСТІ ДЕЯКИХ АНАЛІЗІВ В УКРАЇНІ ТА ДЕЯКИХ КРАЇНАХ ЄС (ЄВРО)





ВИСНОВКИ

За даними он-лайн опитування, проведеного Центром Разумкова, 32% громадян України віком від 18 років, які виїхали з України у зв'язку з воєнними діями, під час перебування за кордоном стурбовані проблемами з доступом до медичних послуг в країнах теперішнього перебування¹¹.

Це пов'язано з тим, що в більшості країн ЄС прийому до того чи іншого лікаря можна очікувати від декількох тижнів до кількох місяців, на відміну від України, де потрапити до спеціаліста можна за записом через спеціальний сервіс або в режимі живої черги день в день.

Відтак для кращої адаптації громадянам України, які нині перебувають в ЄС, необхідно з'ясувати, як функціонує медична система в країні їхнього перебування і засвоїти алгоритми дій в різних медичних ситуаціях.

11

(<https://razumkov.org.ua/napriamky/sotsiologichni-doslidzhennia/nastroi-ta-otsinky-ukrainskykh-bizhentsiv-lypen-serpen-2022p>)