

Temanotat
Ukraina: Helsevesenet



Utlendingsforvaltningens fagenhet for landinformasjon (Landinfo) skal som faglig uavhengig enhet innhente og analysere informasjon om samfunnsforhold og menneskerettigheter i land som Utlendingsdirektoratet (UDI), Utlendingsnemnda (UNE) og Justis- og beredskapsdepartementet har behov for kunnskap om.

Landinfos rapporter og temanotater er basert på opplysninger fra både åpne og anonyme kilder. Opplysningene er innsamlet og behandlet i henhold til kildekritiske standarder.

Informasjonen som blir lagt fram i rapportene og temanotatene, kan ikke tas til inntekt for et bestemt syn på hva praksis bør være i utlendingsforvaltningens behandling av søknader. Landinfos rapporter og temanotater er heller ikke uttrykk for norske myndigheters syn på de forhold og land som omtales.

© Landinfo 2015

Materialet i denne publikasjonen er omfattet av åndsverklovens bestemmelser. Uten særskilt avtale med Landinfo er enhver eksemplarframstilling og tilgjengeliggjøring bare tillatt i den utstrekning det er hjemlet i lov.

Alle henvendelser om Landinfos rapporter kan rettes til:

Landinfo
Utlendingsforvaltningens fagenhet for landinformasjon

Storgata 33 A

Postboks 8108 Dep

N-0032 Oslo

Tel: 23 30 94 70

E-post: landinfo@landinfo.no

www.landinfo.no

SUMMARY

The general state of health in Ukraine is poor. This is due to many factors, including an unhealthy lifestyle and an inefficient health care system. Formally, there is an extensive range of free health services. But in practice patients pay for over 42 per cent of the total health expenditure in the country. Patient payment consists partly of a formal part in the form of deductibles, partly by direct payment for medicines and partly by an informal payment directly to health staff.

Despite attempts at reform, there is still widespread, and often completely unnecessary, use of large institutions with many beds. Many cases that could have been treated as outpatients are treated after hospitalization.

It is not a general lack of medication. But high prices can be an obstacle for many. The medical equipment is often of an earlier date. Tough economic times have made the modernization and replacement process slow.

SAMMENDRAG

Den generelle helsetilstanden blant befolkningen i Ukraina er dårlig. Det skyldes mange forhold, blant annet en usunn livsstil og et lite effektivt helsevesen. Formelt sett er det et omfattende tilbud av helsetjenester som skal være gratis. Men i praksis betaler pasientene for vel 42 prosent av de totale helseutgiftene i landet. Pasientenes betaling består dels av en formell del i form av egenandeler, dels av direkte betaling for medisiner og dels av en uformell betaling direkte til helsepersonalet.

Til tross for forsøk på reformer er det fremdeles en utstrakt, og ofte helt unødvendig, bruk av store institusjoner med mange sengeplasser. Mange tilfeller som kunne blitt behandlet poliklinisk, blir behandlet etter innleggelse på sykehus.

Det er generelt ikke mangel på medisiner. Men høye priser kan være et hinder for mange. Det medisinske utstyret er ofte av eldre dato. Vanskelige økonomiske tider har gjort at modernisering og utskiftning går sent.

INNHold

1. Innledning	5
2. Helsetilstanden	5
3. Helse systemet	6
3.1 Helse sektoren generelt.....	6
3.2 Forsøk på reformer	7
3.3 Sykehusenes hierarkiske system.....	8
3.4 Parallelle systemer.....	8
3.5 Privat sektor.....	8
3.6 Antall sengeplasser.....	8
3.7 Antall helsearbeidere	9
3.7.1 Helsepersonalets lønninger.....	9
3.8 Finansiering av helsevesenet	10
3.9 Pasientens vei til behandling	10
3.10 Utenlandske statsborgere.....	10
3.11 Behandling og bostedsregistrering	11
4. Betaling for helsetjenester	11
4.1 Offisielle gratistilfeller	11
4.2 Offisielle betalingstilfeller.....	12
4.3 Betaling-fra-egen-lomme (out-of-pocket)	12
4.3.1 Den formelle betalingen.....	12
4.3.2 Den direkte betalingen for medisiner m.m.	13
4.3.3 Uformell betaling	13
5. Forsikring	14
5.1 Frivillig, privat helseforsikring.....	14
6. Apotekene og tilgjengelighet på medisiner	15
7. Mental helse	15
7.1 Barne- og ungdomspsykiatrien.....	17
7.2 Traumer etter krigen	17
7.3 Pasientenes manglende rettigheter.....	17
8. Helsetjenester for internflyktninger	18
9. Helsetilbudet i de krigsherjede områdene	19
10. Referanser	21

1. INNLEDNING

Ukraina ble etter Sovjetunionens oppløsning i 1991 en selvstendig stat. Det ble satt i gang reformarbeid på en rekke områder, blant annet i helsevesenet, men en vanskelig økonomi og indre stridigheter har gjort at arbeidet går sakte. Arven fra sovjet-tiden er fremdeles til stede.

Helsevesenet går for å være lite effektivt og umoderne, men generelt sett er det ingen mangel på medisiner og behandlingstilbud i Ukraina. Dette notatet går ikke nærmere inn på kvaliteten på behandling av konkrete sykdommer.

Det kan være stor forskjell på teori og praksis, for eksempel med hensyn til hvem som skal betale, og hvor mye, for en helsetjeneste. Betalingssystemet kan fortone seg både uoversiktlig og komplekst.

Krim-halvøya ble våren 2014 annektert av Russland; dette notatet tar ikke for seg forholdene der. Deler av oblastene Donetsk og Luhansk i det østlige Ukraina er i dag krigsherjet. Mot slutten av notatet beskrives forholdene spesifikt der, men uten å gå i detalj. Konfliktene i øst og på Krim-halvøya har ført til et stort antall internflyktninger. Landinfo ser nærmere på deres situasjon i et eget lite kapittel.

I dette notatet har vi bare benyttet oss av åpne kilder. En svært sentral rapport er *Ukraine: Health Systems Review 2015. Health Systems in Transition*. Den er utgitt av The European Observatory on Health Systems and Policies. Dette er et partnerskap mellom WHO og en rekke stater og organisasjoner. Rapporten er omfangsrik, oppdatert og har en rekke henvisninger til forskning, andre forfattere, statistikk osv. Landinfo anser kilden som troverdig. Det er fem forfattere av rapporten, og vår henvisning til den er Lekhan et al. (2015).

2. HELSETILSTANDEN

Den generelle helsetilstanden blant befolkningen er dårlig. Gjennomsnittlig levealder er betydelig lavere enn blant europeere ellers. Lederen for Verdensbanken (Fan 2015)¹ opplyser at den er ca. elleve år kortere. Lekhan, Rudi, Shevchenko, Kaluski & Richardson (2015) opplyser at forventet gjennomsnittlig levealder i 2012 var 66,2 år for menn, mot 73,1 år for europeere ellers. Tilsvarende tall for kvinner var 76,2 og 80,3. 85 prosent av alle dødsårsaker i 2012 hadde sammenheng med hjerte- og karsykdommer, kreft og ytre årsaker, inkludert ulykker og forgiftning (Fan 2015). Wikipedia (2014) henviser til en undersøkelse gjort av Verdensbanken fra 2010 som sier at hver tredje ukrainer i aldersgruppa 18 - 65 år har høyt blodtrykk, mens 29 prosent var overvektige.

Smittsomme sykdommer som hiv/aids og tuberkulose er utbredt. Landguiden (2014) henviser til UNAIDS og opplyser at ca. 20 000 dør hvert år av aids. Ukraina er det landet i Europa med flest tilfeller av hiv. UNAIDS (u.å.) selv opplyser at i 2014 levde 290 000 (260 000 - 340 000) med hiv.

¹ Qimiao Fan er leder for Verdensbanken i Hviterussland, Moldova og Ukraina.

Allerede før krigen brøt ut i de østlige områdene av landet våren 2014, var det 48 000 tilfeller av tuberkulose i Ukraina (Grytsenko 2014; Stracansky 2014).² Ekspertene hevder at Ukrainas vekt på at behandling skal skje i institusjon, forverrer problemet. Det er ca. 20 000 sengeplasser for behandling av tuberkulose. Nicolas Cantanu i Global Fund sier (som gjengitt i Grytsenko 2014): «If we don't shut the TB hospitals we will not be able to overcome TB.»

Den generelt dårlige helsetilstanden blant befolkningen har sammenheng med liten bevissthet rundt helse, med en usunn livsstil. Mat og vann er ofte av dårlig kvalitet. Bare 13 prosent av befolkningen mosjonerer, mens det i EU er 40 - 60 prosent (Åslund & Paskhaver 2010).³ Forbruket av tobakk⁴ og alkohol er høyt.⁵ Viktigst av alt er, ifølge Fan (2015), at helsevesenet har mislyktes i å forebygge, oppdage og behandle sykdommer på en effektiv måte. Problemet ligger i en lite effektiv fordeling og bruk av ressursene, tiår med manglende investeringer og en utbredt korrupsjon i helsesektoren. Det står ikke på antall sykehus, sengeplasser og andre fysiske forhold. Tvert imot, Ukraina har ca. 40 prosent flere plasser enn gjennomsnittet i EU (Fan 2015) (mer om dette i kapittel 3.3 og 3.6).

Landguiden (2014) trekker fram at fattigdommen og den sosiale utryggheten har kraftig forverret folkehelsen. Levestandarden er fremdeles dårligere enn i 1991, da Ukraina ble en egen stat. Hver fjerde innbygger lever i fattigdom, ifølge ukrainske kriterier. Men ifølge andre beregningsmåter er tallet langt større, ifølge Landguiden (2014). Bare en tiendedel av befolkningen regnes å tilhøre middelklassen.

For øvrig har det vært en nedgang i folketallet på tolv prosent fra 1991 til 2013, det er nå på ca. 45 millioner. Nedgangen skyldes en kombinasjon av høy dødsrate, lav fødselsrate og emigrasjon (Lekhan et al. 2015, s. 1; Wikipedia 2014).

3. HELSESYSTEMET

3.1 HELSESEKTOREN GENERELT

Mange har uttalt seg i klare, og ofte kritiske, ordelag om helsevesenet i Ukraina. President Porosjenko har sagt, ifølge Interfax-Ukraine (2015),: «It is difficult to find a sphere where the situation is so urgently problematic, so neglected and so corrupt. National healthcare system has become our national disaster.»

Lederen for WHO i Hviterussland, Moldova og Ukraina sier at det nåværende helsevesenet er paralyisert (Fan 2015).

² I fengslene er andelen som har tuberkulose tre ganger høyere enn ellers i samfunnet.

³ Anders Åslund er utdannet samfunnsøkonom. Han har forsket på økonomiske forhold i blant annet Ukraina, innehatt flere professorater og utgitt en rekke bøker. I perioden 1994 - 1997 var han rådgiver for den ukrainske regjeringen.

⁴ En undersøkelse gjort av Verdensbanken i 2010 viser at 36 prosent av befolkningen røyker, mot 28 prosent i gjennomsnitt i Europa. Det er fire ganger så mange røykere i de yngre årsklasser som i de eldre (Wikipedia 2014). Åslund & Paskhaver (2010) henviser til en undersøkelse fra 2005 som sier at 67 prosent av mennene, som er den høyeste raten i Europa, og 20 prosent av kvinnene i Ukraina, røyker.

⁵ Konsumet av alkohol i Ukraina er blant det høyeste i verden. Over 40 000 ukrainere dør årlig av alkoholisme, og mer enn 700 000 er registrert som alkoholikere (Åslund & Paskhaver 2010, s. 55).

Åslund (2015, s. 212) hevder at helsevesenet er kostbart, og at det leverer få helsetjenester. Det er dårlig organisert og svært lite effektivt. Verdensbanken oppsummerer situasjonen, ifølge Åslund, slik: «Ukraine's health system is weak and unable to perform the most basic functions... (It) is complex, inefficient, highly inequitable, and of low quality.»

Den økonomiske krisen i landet har hatt en svært negativ innvirkning på helsetjenestene. Sykehusene er i forfall, legene er dårlig lønnet og det er knapphet på medisinsk utstyr.⁶ Situasjonen er bedre i de sentrale byene enn på landsbygda, der sykehusene knapt er i stand til å tilby en forsvarlig behandling (IOM 2013, s. 16; Utrikesdepartementet 2012).

De offentlige utgiftene til helsevesenet i andel av BNP, var i 2013 7,8 prosent (Landguiden 2014). I 2012 utgjorde de totale helseutgiftene 7,6 prosent av BNP. Det er omtrent midt på treet i internasjonal sammenheng, men relativt høyt sammenlignet med Ukrainas naboer (Lekhan et al. 2015, s. 37). Åslund (2015, s. 212) bruker tall fra 2011 som er hentet fra UNDP. Da brukte Ukraina 7,2 prosent av BNP, mens gjennomsnittet i EU var 8,8 prosent.

Utilstrekkelig finansiering av helsevesenet gjør at kvaliteten på helsetjenestene ofte er dårlig (IOM 2013, s. 18). Incentivene i systemet oppmuntrer ikke til bedret kvalitet (Lekhan et al. 2015, s. abstract). Finansieringen fra staten baserer seg på kapasiteten, det vil si antall sengeplasser og antall liggedøgn, og ikke på kvaliteten på behandlingen. Dette fører til unødvendige innleggelses og overdreven liggetid (Lekhan et al. 2015, s. xvii) (mer om dette i kapittel 3.6 og 3.9).

3.2 FORSØK PÅ REFORMER

Da Ukraina ble en egen stat i 1991, arvet landet det sovjetiske helsesystemet, basert på den såkalte Semashko-modellen. Det innebar et omfattende hierarkisk og sterkt sentralisert system, kontrollert av staten, der de ansatte var statlige ansatte. Institusjonene var mange og store, med mange sengeplasser. Etter sovjet-tiden har det vært gjennomført en betydelig desentralisering, der regionale⁷ og lokale myndigheter har fått ansvaret for helsetjenestene i sitt område. Antall sengeplasser har også blitt redusert. Men i det store og hele har systemet for øvrig forblitt uendret (Lekhan et al. 2015, s. 15; Åslund & Paskhaver 2010; Åslund 2015, s. 213).

Det har vært gjort mange forsøk på å endre systemet, blant annet ble det satt i gang et omfattende helsereform-program i 2010, der et av målene var å styrke primærhelsetjenesten. Men interne konflikter og politisk ustabile forhold vanskeliggjorde arbeidet. I 2014 ble programmet avsluttet. Etter våren 2014 har fokus vært på mer presserende humanitære problemer på grunn av konflikten i de sør-østlige områdene av landet (Lekhan et al. 2015, s. abstract).

⁶ Mesteparten av utstyret i helsesektoren har vært i bruk i 20 - 25 år, noe som er langt over den normale teknologiske holdbarhetstiden. Utbygging av utslitt og foreldet utstyr går svært sakte (Lekhan et al. 2015, s. 79).

⁷ Det er 27 administrative enheter på regionalt nivå (Lekhan et al. 2015, s. xvi).

3.3 SYKEHUSENES HIERARKISKE SYSTEM

Det er mer enn 7000 medisinske sentre i Ukraina. De kan deles i fire kategorier: vitenskapelige- og forskningsinstitusjoner, ordinære sykehus og spesial-helsesentre, poliklinikker og sanatorier og rekonvalesens-steder (IOM 2013, s. 16).

I perioden 1989 - 2012 sank antall sykehus fra 3729 til 2369. Det er likevel fremdeles tre ganger så mange som Ukraina burde hatt, ifølge Åslund (2015, s. 213).

Det er sykehus på tre ulike nivå. På det første nivået finner vi distriktsykehus som skal sørge for grunnleggende sykehustjenester. På det andre nivået finner vi hovedtyngden i systemet. Det er ulike spesialiserte sykehus med en eller flere spesialiteter, også egne barnesykehus, i sentrale strøk i distriktene. På det tredje nivået finner vi diagnostiseringscentre og spesialiserte sykehus på regionalt nivå. Noen av disse sykehusene var opprinnelig beregnet for de mest alvorlige og kompliserte tilfellene. Men det har vært en viss utvanning av skillene mellom sykehusene på nivå to og nivå tre (Lekhan et al. 2015, s. xxi).

3.4 PARALLELLE SYSTEMER

Helsedepartementet har det øverste ansvaret for helsevesenet. Men det er andre departementer som har ansvar for helsevesenet innenfor de såkalte parallelle systemene (Lekhan et al. 2015, s. 17). Forsvarsdepartementet, Innenriksdepartementet, Sikkerhetstjenesten og Transportdepartementet har alle egne helsefasiliteter for sine ansatte og deres familier.⁸ Disse opererer parallelt med fasilitetene underlagt Helsedepartementet (Lekhan et al. 2015, s. 20).

Nesten 42 prosent av de totale helseutgiftene over statsbudsjettet går til de parallelle fasilitetene. I 2012 var det 32 600 senger, eller 8,8 prosent av den totale kapasiteten, i parallelle fasiliteter. De som arbeider i departementer som har parallelle fasiliteter, har også rett til å oppsøke det ordinære helsevesenet dersom de ønsker det (Lekhan et al. 2015, s. 65 - 66).

I 2012 var det 233 sykehus i det parallelle systemet (Lekhan et al. 2015, s. 74).

3.5 PRIVAT SEKTOR

Det er både offentlige, på statlig og kommunalt nivå, og private sykehus og klinikker i Ukraina. Den private sektoren er liten og består for det meste av apotek, diagnostiserings-fasiliteter (både sykehus og poliklinisk) og privatpraktiserende leger. Disse er for det meste finansiert av direkte betalinger fra pasientene (IOM 2013, s. 15; Lekhan et al. 2015, s. 15).

Det er i alt 1785 privateide fasiliteter, inkludert 94 sykehus. Det er dessuten 3800 private tannlegeklinikker i landet (Lekhan et al. 2015, s. 74).

3.6 ANTALL SENGEPLASSER

Siden midten av 1990-tallet ble antall sengeplasser over en 18 års periode redusert med 63 prosent.⁹ Antall sykehus ble også redusert, særlig ved at små sykehus i

⁸ Ordningen gjelder også ansatte i underliggende etater. For eksempel er de statlige jernbanene underlagt Transportdepartementet, og jernbanearbeiderne kan derfor benytte seg av de parallelle helsetjenestene.

⁹ Det var særlig i perioden 1995 - 1998 at det skjedde en hurtig reduksjon i antall sengeplasser. Det hadde først og fremst sammenheng med en alvorlig økonomisk krise i Ukraina (Lekhan et al. 2015, s. 73).

landsbyer ble tatt i bruk som primærhelsestasjoner. Likevel er antall sengeplasser per innbygger høyt, 721 per 100 000 innbyggere. I EU er tallet 385.¹⁰ Ukraina har også beholdt et stort antall fasiliteter i det parallelle helsesystemet (Lekhan et al. 2015, s. xix).¹¹

Til tross for det store antall sengeplasser, er utnyttelsesgraden høy, 91,2 prosent mot 78,9 prosent i gjennomsnitt for EU.¹² I gjennomsnitt er hver pasient innlagt i ti dager. Undersøkelser har vist at ca. 1/3 av innleggelsene regnes som unødvendige (Lekhan et al. 2015, s. xix - xx). Den gjennomsnittlige kostnaden for en poliklinisk pasient er fire ganger lavere enn for en innlagt pasient (Lekhan et al. 2015, s. 140).

3.7 ANTALL HELSEARBEIDERE

Siden 1990 har det vært en jevn økning i antall helsearbeidere per innbygger. Dette skyldes imidlertid ikke en økning i tallet på helsearbeidere, men derimot en nedgang i antall innbyggere. Det absolutte tallet for antall leger har falt. Leger forlater dels helsesektoren, dels hele landet (Lekhan et al. 2015, s. xx).¹³ Ukraina har 35 leger per 10 000 innbyggere, noe som er litt over gjennomsnittet i EU, der tallet er 33 (Åslund 2015, s. 213).

I motsetning til i mange andre land, er det mange sykepleiere som forlater helsesektoren, dels på grunn av lav lønn, dels på grunn av få muligheter til faglig utvikling (Lekhan et al. 2015, s. 82).

3.7.1 Helsepersonalets lønninger

I 2013 var den gjennomsnittlige lønnen for en lege USD 397, mens en sykepleier tjente USD 273. Det var en kraftig økning i lønnen i 2011, men fremdeles lønnes helsepersonell lavt. Den faktiske lønnen for den enkelte lege henger sammen med en rekke forhold, som ansiennitet og grad av spesialisering. Den lave lønnen bidrar til å opprettholde det uformelle betalingssystemet, som igjen går utover likhetsprinsippet og tilgang til tjenester (mer om dette i kapittel 4.3.3). Det fører også til migrasjon av helsearbeidere, bort fra helsesektoren eller til og med ut av landet (Lekhan et al. 2015, s. 71).

Lave lønninger gjør at personalet forventer ekstra betaling for mer avansert behandling eller legemidler (Utrikesdepartementet 2012).

Lekhan et al. (2015, s. xxii) hevder at den folkelige mistilliten til legestanden er påfallende høy.

¹⁰ Åslund (2015, s. 213) henviser til UNDP og skriver at antall sengeplasser sank fra 13 til 9 per 1000 innbyggere i perioden 1989 - 2012. Det store antallet sengeplasser er uttrykk for ineffektivitet. I land som har rasjonalisert helsevesenet, blant andre USA, Storbritannia og Sverige, er det færre enn tre senger per 1000 innbyggere.

¹¹ Antall sengeplasser ble redusert med 150 000 i perioden 1996 - 1998, alle i institusjoner under Helsedepartementet. Det var ingen reduksjon i de parallelle systemene, tvert imot har det vært en økning i antall plasser i disse (Lekhan et al. 2015, s. 76).

¹² Helseminister Kvitashvili sier i et intervju med Kyiv Post at det er 400 000 sengeplasser på statlige sykehus, men at bare 30 prosent av dem blir brukt (Forina, Kyiv Post+ & Sykhov 2015).

¹³ Ca. 5,5 millioner mennesker får behandling av såkalte healere, og antallet ser ikke ut til å minke. Ifølge Ukrainian Association of Health Care Promotion er det ca. 4000 alternative behandlere i Ukraina, men andre kilder anslår at tallet kan være ti ganger høyere (som sitert i Lekhan et al. 2015, s. 122).

3.8 FINANSIERING AV HELSEVESENET

Sammenlignet med mange andre land, dekker det offentlige en relativt liten del av de totale helseutgiftene i samfunnet, i 2012 bare 54,9 prosent.¹⁴ 46 prosent av den delen som det offentlige står for, går til medisinske tjenester på sykehus, ca. 20 prosent til polikliniske tjenester og 4,3 prosent til tiltak for bedring av folkehelsen (Lekhan et al. 2015, s. xviii og 37).

En stor del av de totale helseutgiftene betales av pasientene selv, såkalt betaling-fra-egen-lomme (42,3 prosent i 2012). I teorien skal sårbare grupper og innlagte få gratis behandling. Men i praksis må de ofte betale for medisinene (Lekhan et al. 2015, s. xviii).

Det finnes frivillig helseforsikring, men denne blir lite brukt. Den utgjør bare ca. en prosent av de totale helseutgiftene (Lekhan et al. 2015, s. xviii) (mer om dette i kapittel 5).

Myndighetene har forsøkt å definere et mer begrenset totaltilbud som skal være gratis. Men i praksis har det ført til at det er opp til den enkelte fasilitet å bestemme hva som skal dekkes av det offentliges budsjett og hva som skal dekkes av den enkelte pasient (Lekhan et al. 2015, s. 37).

3.9 PASIENTENS VEI TIL BEHANDLING

I Ukraina kan en pasient på eget initiativ oppsøke en hvilken som helst spesialist. De fleste pasienter omgår primærlegen, og går på eget initiativ direkte til spesialister, på poliklinisk sykehus. Dette fører til en betydelig ineffektivitet i systemet. For hver tredje pasient som oppsøker sekundærhelsetjenesten direkte, gjør et feilvalg. Nesten halvparten av alle pasienter som går direkte til en spesialist ved et sykehus, har ikke en sykdom som er forenlig med det sykehuset kan tilby av tjenester, og blir overført til et annet sykehus. Noen pasienter blir likevel innlagt, helt unødvendig, dersom det er ledige senger, senger som trengs å fylles opp (Lekhan et al. 2015, s. 98).

I prinsippet skal en pasient som for eksempel har behov for en ny hofte, først oppsøke primærlegen på den lokale poliklinikken der pasienten er registrert. Legen gjør en innledende undersøkelse som i prinsippet skal være gratis. Dersom det er en aktuell spesialist på senteret, kan primærlegen henvise til denne. Eventuelt kan primærlegen henvise til et sykehus. Pasienten må da vente i kø, men kan også omgå køen ved å betale fra egen lomme (Lekhan et al. 2015, s. 99).

3.10 UTENLANDSKE STATSBORGERE

Den omfattende rettigheten til gratis helsetjenester gjelder ikke bare for ukrainske statsborgere. Det framgår av ulik helselovgivning at utenlandske statsborgere, flyktninger og statsløse personer som har permanent bostedsregistrering i Ukraina, har de samme rettighetene (Lekhan et al. 2015, s. 46).

¹⁴ Den ukrainske staten lider under en svak økonomi. Det er et progressivt skattesystem. Men dette blir undergravet av omfanget av en omfattende skyggeøkonomi, som utgjør ca. 40 prosent av BNP (Lekhan et al. 2015, s. xviii).

3.11 BEHANDLING OG BOSTEDSREGISTRERING

For å få behandling på en konkret offentlig institusjon, skal en person være bostedsregistrert på samme administrative sted som institusjonen. Vedkommende må vise fram innenrikspass og helsekort, eventuelt kortet som beviser status som internflyktning. Det er ikke nødvendig å være bostedsregistrert på stedet for å få behandling på en privat institusjon (IOM 2013, s. 19).

4. BETALING FOR HELSETJENESTER

Alle innbyggerne i Ukraina har en konstitusjonell rett til et omfattende tilbud av helsetjenester, som skal være gratis. Det framgår av § 49 i Konstitusjonen (1996).

Den omfattende rettigheten til gratis behandling har imidlertid ikke blitt fulgt opp med tilstrekkelig finansiering.¹⁵ Regjeringen har i stedet gjort flere forsøk på å begrense de lovmessige rettighetene (Lekhan et al. 2015, s. 46). Dels har myndighetene utarbeidet lister over behandlingstilfeller det kan tas betaling for, dels lister eller program for hva som skal være gratis helsetjenester.

4.1 OFFISIELLE GRATISTILFELLER

Bestemte grupper mennesker skal være helt eller delvis fritatt fra å måtte betale for medisiner ved poliklinisk behandling. Dette er såkalt sårbare grupper eller pasienter med en svært alvorlig sykdom. Følgende grupper nevnes spesielt: krigs- og arbeidsveteraner, noen grupper av funksjonshemmede¹⁶, minstepensjonister og barn under seks år (Lekhan et al. 2015, s. 47). WHO (u.å.) nevner barn under tre år, funksjonshemmede barn under 16 år og pensjonerte offentlige tjenestemenn som eksempler på grupper som er helt fritatt fra å skulle betale for medisiner. Og barn mellom tre og seks år og visse grupper funksjonshemmede er eksempler på de som offisielt bare skal betale halv pris for medisiner.

I 2002 vedtok regjeringen et eget program for gratis helsetjenester, garantert av det offentlige. Det inneholder en liste over tilfeller som skal være gratis, og angir en slags standardbehandling for hver av dem. Listen omfatter blant annet akuttbehandling, sykehusbehandling i akutt-tilfeller og medisinsk behandling for barnehjemsbarn (Lekhan et al. 2015, s. 48). Tuberkulose, aids, diabetes, revmatisme og kreft er eksempler på alvorlige sykdommer der pasientene i prinsippet har rett til gratis behandling.¹⁷ Men i praksis må selv sårbare grupper stort sett betale for medisinene sine selv (Lekhan et al. 2015, s. 112; WHO u.å.).

Listen med tjenester som offisielt skal være gratis, er ganske omfattende. Men som sagt, myndighetene følger ikke opp med tilstrekkelig ressurser. I praksis blir det opp til den enkelte helseinstitusjon å avgjøre hvilke tjenester som skal være gratis og hvilke det skal betales for. Tilleggsbetaling omfatter ikke bare betaling for

¹⁵ Ukraina hadde store økonomiske problemer utover 1990-tallet.

¹⁶ Det er ulike kategorier av funksjonshemming, gruppe en er de med størst alvorlighetsgrad, gruppe tre de med minst.

¹⁷ WHO (u.å.) nevner i alt 34 sykdommer der pasienten offisielt har krav på gratis behandling.

luksusforhold, som enerom, men kan like gjerne være for diagnostiseringsprosedyrer (Lekhan et al. 2015, s. 44 og 48). Sykehus kan kreve at pasientene betaler for det sykehuset trenger, for eksempel laken, pute, mat osv. (Ostryzniuk 2014).

4.2 OFFISIELLE BETALINGSTILFELLER

I 2002 utarbeidet regjeringen en liste over tjenester som det kunne tas betaling for. Lekhan et al. (2015, s. 47) skriver at kriteriene for å avgjøre hvilke tjenester det kan kreves betaling for, ikke er eksplisitte. Men det synes å være sykdommer som ikke er livstruende eller behandling som ikke er nødvendig av medisinske grunner. Listen er omfattende, og inkluderer blant annet infertilitetsbehandling, kosmetisk kirurgi, tannlegetjenester og en rekke andre forhold. Helsetjenester til utenlandske statsborgere er spesielt nevnt.¹⁸

4.3 BETALING-FRA-EGEN-LOMME (OUT-OF-POCKET)

I prinsippet er altså helsetjenester gratis, men i praksis betaler pasienten selv for deler av de totale helseutgiftene. Denne såkalte betaling-fra-egen-lomme økte kraftig gjennom 1990-tallet, og utgjorde i 2000 44,1 prosent av de totale helseutgiftene. I 2012 var den 42,3 prosent (Lekhan et al. 2015, s. 58).

De gjennomsnittlige utgiftene for et klinikkbesøk for en person som ikke har en kronisk sykdom, er 1 USD til transport, 2,5 USD i tips og 14,4 USD til medisiner. En person med tre eller flere kroniske sykdommer betaler i gjennomsnitt 1,3 USD i transport, 3,3 USD i tips og 30,6 USD for medisiner, per besøk (Lekhan et al. 2015, s. 131).

En undersøkelse gjort av State Statistics Service i 2011, viste at 22,7 prosent av husholdningene hadde minst ett medlem som har måttet droppe nødvendig behandling av økonomiske grunner. I 2012 var tallet 16,7, mens det i 2013 var 21,6 (Lekhan et al. 2015, s. 131).

Pasientene er priggitt likegyldige og underbetalte leger, der man ikke er garantert adekvat behandling selv om man betaler bestikkelse, ifølge Johannes Wamberg Andersen (2015) i Kyiv Post. En uformell undersøkelse gjort av avisen viste at fødende kvinner betalte alt fra 900 UAH til 25 000 UAH. Flere som hadde betalt i øvre sjikt fortalte at de ikke engang så noe til legen de hadde betalt til.

Betaling-fra-egen-lomme kan være (Lekhan et al. 2015, s. 58):

- en formell betaling
- direkte betaling for medisiner, medisinsk utstyr m.m.
- en uformell betaling

4.3.1 Den formelle betalingen

Den formelle betalingen er en offisiell egenandel, en slags avgift for bruk av medisinske tjenester. Pasientene betaler dels en slags pasientavgift, som utgjør ca. åtte prosent av de totale helseutgiftene, dels en avgift for tjenester i offentlige og private fasiliteter, som utgjør ca. tre prosent av de totale helseutgiftene.¹⁹ Det var en

¹⁸ Lekhan et al. (2015, s. 46) nevner i tillegg en rekke andre forhold.

¹⁹ Mange av pasientavgiftene blir betalt i form av veldedighetsdonasjoner, der det utstedes kvittering (Lekhan et al. 2015, s. 59).

resolusjon fra 1996 som introduserte systemet med pasientavgift. Resolusjonen tillater lokale og regionale myndigheter å innføre avgifter for helsetjenester i statlige og kommunale fasiliteter. Men betalingssystemet skal bare anvendes i de tilfellene som blir definert som betalingstilfeller, og ikke i de tilfellene som befinner seg på lister over gratistilfellene. Imidlertid er det i praksis ingen klar grense mellom de betalte tilfellene og gratistilfellene (Lekhan et al. 2015, s. 58 - 59).

4.3.2 Den direkte betalingen for medisiner m.m.

Det er vanlig at pasientene selv betaler for medisiner og lignende. Denne direkte betalingen for medisiner dominerer betaling-fra-egen-lomme, og i 2011 utgjorde den 30 prosent av de totale helseutgiftene. I 2012 måtte 90,7 prosent av de innlagte pasientene selv betale for medisinene, ifølge en statlig undersøkelse. En undersøkelse fra 2011 viste at 78 prosent av brukerne av helsetjenester i løpet av de siste 30 månedene var blitt bedt om å kjøpe medisiner selv, mens 58 prosent hadde tatt med seg utstyr og inventar for sin egen behandling, halvparten hadde gjort det på eget initiativ (Lekhan et al. 2015, s. 58 - 59).

4.3.3 Uformell betaling

Den uformelle betalingen er i prinsippet frivillig.

Omfanget av den uformelle betalingen er omtrent det samme som den offisielle eller formelle betalingen for tjenester, som er ca. 8 - 10 prosent av de totale helseutgiftene. Denne betalingen skjer som oftest i form av penger, og gis før behandlingen starter. Betaling i andre former, for eksempel selvproduserte ting, forekommer fremdeles i distriktene (Lekhan et al. 2015, s. 60).

Den uformelle betalingen skjer ofte etter indirekte initiativ fra helsepersonalet. Pasientene forteller hverandre om nødvendigheten og størrelsen av den uformelle betalingen. Legene på sin side kan tilby bedre medisiner eller behandling eller hurtigere behandling mot tilleggsbetaling (Lekhan et al. 2015, s. 60).

Det er vanskelig å beregne den uformelle betalingen i andel av personalets totale inntekt. Lekhan et al. (2015, s. 60) antyder at den uformelle betalingen utgjør ca. 20 prosent av den totale inntekten. Andelen varierer med en rekke forhold, som lokalisering (ratene er høyere i byene enn på landsbygda), type behandling (behandling på sykehus er langt dyrere enn i poliklinikker), legens kvalifikasjoner (en spesialist mottar høyere betaling enn allmennpraktikerne), gynekologene får mer enn nevrologene for eksempel, sykdommens eller sakens kompleksitet.

Pasientene betaler uformelt i et forsøk på å sikre bedre kvalitet i behandlingen eller omsorgen. De er villige til å betale selv om servicen skulle være gratis. En undersøkelse fra 2011 viste at 57 prosent av de som fikk behandling poliklinisk, hadde betalt uformelt, mens tallet for de innlagte var 70 prosent. En betydelig andel hadde betalt to ganger, både uformelt direkte til legen og formelt gjennom veldedige donasjoner til hospitalet (Lekhan et al. 2015, s. 61).

Det er ikke bevis for at pasienter faktisk blir nektet behandling dersom de ikke er i stand til å betale uformelt (Lekhan et al. 2015, s. 61).²⁰ Det er heller slik at den

²⁰ På dette punktet henviser Lekhan et al. (2015) til Bazylevych (2009).

uformelle betalingen gir pasienten en følelse av større valgfrihet innenfor systemet (Lekhan et al. 2015, s. 61).

Den opplevde forventningen om at det bør betales uformelt, fungerer som en signifikant barriere mot å oppsøke behandling. En undersøkelse fra 2009 - 2010 viste at 59 prosent mente at god helsebehandling bare kunne oppnås gjennom bestiklinger og forbindelser. 55 prosent følte at betaling til leger forhindret dem fra å bruke helsetjenester. 28 prosent sa de ville bruke offentlige helsetjenester oftere dersom det ikke var nødvendig å betale uformelt til legene. Samtidig ga 36 prosent uttrykk for at de aldri ga en uformell gave eller betaling (Lekhan et al. 2015, s. 61).

5. FORSIKRING

I Ukraina skiller man mellom obligatorisk og frivillig forsikring. Medisinsk forsikring hører til blant de obligatoriske forsikringene, men i praksis eksisterer det fremdeles ikke en slik form for obligatorisk forsikring. Av frivillige, private forsikringer kan nevnes livsforsikring, ulykkesforsikring, permanent medisinsk helseforsikring og helseforsikring i tilfelle sykdom (IOM 2013, s. 19).

5.1 FRIVILLIG, PRIVAT HELSEFORSIKRING

Bare 2,4 - 3,3 prosent av befolkningen var i 2013 dekket av en frivillig helseforsikring.²¹ Utgiftene gjennom denne utgjør ca. 1 prosent av de totale helseutgiftene i Ukraina (IOM 2013, s. 18; Lekhan et al. 2015, s. 61).

Mer enn 90 prosent av befolkningen som har frivillig helseforsikring, har fått denne gjennom jobben, organisasjonen etc. Arbeidsgivere ønsker å kjøpe seg lojalitet og medarbeidere med god helse. Individuell frivillig helseforsikring blir ofte kjøpt av folk med eksisterende helseproblemer for å redusere kostnadene relatert til den direkte betalingen, for å få en høyere komfort ved behandlingen og for å unngå ventetid (Lekhan et al. 2015, s. 62).

Visse grupper er i praksis avskåret fra å tegne en frivillig forsikring. Det gjelder dem over 60 - 70 år, de med alvorlig funksjonshemming og de i høyrisiko-grupper på grunn av allerede eksisterende sykdommer, som kreft, tuberkulose, diabetes, kronisk nyresvikt med behov for dialysebehandling, mentale sykdommer, alkoholisme og hiv (Lekhan et al. 2015, s. 63).

Den frivillige helseforsikringen har dels en komplementær rolle, ved at den dekker utgiftene til medisiner og tjenester som de facto ikke finansieres av det offentlige systemet. Dels har denne forsikringen en supplerende rolle, som gjør at pasientene i større grad kan velge tilbyder. De har rett til den beste behandlingen med den beste komforten på både offentlige og private klinikker. Pasientene skal også være sikret en raskere tilgang til både diagnose og behandling (Lekhan et al. 2015, s. 62).

²¹ Det finnes også såkalte sykefond, som er registrert som ikke-kommersielle veldedighetsorganisasjoner. I 2013 var det 196 slike fond, som til sammen dekket 1,4 prosent av befolkningen. Denne formen for helseforsikring utgjør ca. 1 prosent av landets totale helseutgifter (Lekhan et al. 2015, s. 61 - 63).

6. APOTEKENE OG TILGJENGELIGHET PÅ MEDISINER

I de fleste tilfeller er medisiner tilgjengelig, men pasienten må selv kjøpe dem. Prisene på medisiner varierer avhengig av om de er importerte eller ikke. En importert eske med 20 aspirin koster som eksempel nesten fire ganger så mye som ikke-importerte (IOM 2013, s. 18).

Siden finanskrisen i 2008 har prisene på farmasøytiske produkter økt med 40 - 70 prosent, først og fremst på grunn av devaluering av valutaen. Myndighetene har satt i gang en rekke tiltak for å stabilisere situasjonen i markedet, blant annet ble listen over medisiner som skal være underlagt prisregulering økt til å omfatte nesten hele den såkalte *Essential Medicines List* og 903 generiske medisiner, eller 85 prosent av alle registrerte medisiner i Ukraina (Lekhan et al. 2015, s. xix).

Siden 2013 har det vært forbudt for apotekene å selge legemidler som ikke er produsert i henhold til EUs produksjonsstandarder. De fleste medisiner blir kjøpt direkte av pasientene, derfor er mulighetene for å influere ved foreskriving av medisiner begrenset (Lekhan et al. 2015, s. 16).

I 2011 var det 126 lisensierte farmasøytiske fabrikker i Ukraina, alle privateide. De nasjonale fabrikkene sto for vel 27 prosent av konsumet i verdi, og 67 prosent av konsumet i volum. Det store spriket har sammenheng med at det meste av produksjonen består av rimelige generiske medikamenter (Lekhan et al. 2015, s. 111).

I Ukraina er det en såkalt negativ-liste over 3430 medisiner som kan kjøpes reseptfritt. Resten av medisinene er reseptbelagte. Helsedepartementet har utarbeidet en liste over reseptbelagte medisiner, men flesteparten av disse kan likevel kjøpes fritt over disk (Lekhan et al. 2015, s. 30).

Per 12. mai 2014 var det registrert 12 811 medisiner i Ukraina, 29 prosent av dem var produsert i Ukraina, mens 71 prosent var produsert utenlands (Lekhan et al. 2015, s. 29).

I 2013 var det 15 831 lisensierte apotek i Ukraina. I tillegg er det et antall farmasøytiske kiosker som bare kan selge reseptfrie medisiner. Bare 1,5 prosent av apotekene er eid av det offentlige (Lekhan et al. 2015, s. 111).

Det har vært Helsedepartementet som har hatt det overordnede ansvaret for innkjøp av medisiner. Våren 2015 vedtok parlamentet to lover som tar sikte på å bekjempe den omfattende korrupsjonen i forbindelse med innkjøp. Innkjøpene skal nå foretas av FN-organisasjoner og store ikke-kommersielle organisasjoner (Zhuk 2015).

7. MENTAL HELSE

Fram til 1991 var Ukraina en del av Sovjetunionen. Psykiatrien ble ofte brukt, for ikke å si misbrukt, av myndighetene til politiske formål. Diagnoser ble stilt og behandlinger gjennomført i den hensikt å bringe opposisjonelle til taushet. Regimet hadde total kontroll over praktiseringen av psykiatrien. Etter Ukrainas uavhengighet

har psykiatrien i landet vært i endring (Targum, Chaban & Mykhnyak 2013²²; Yankovskyy 2011).

Det psykiske helsevesenet er akterutseilt og lavt prioritert. Det er ikke uvanlig at psykisk syke mennesker som har begått lovbrudd, havner i vanlige fengsler (Utrikesdepartementet 2012).

De vanskeligste og meste alvorlige psykiatriske tilfellene blir behandlet på et eget sykehus i Kiev. Pasientene har hjelpesjon og får medisinsk behandling (IOM 2013, s. 19).

Det mentale helsevesenet består av offentlige psykiatriske hospitaler, poliklinikker og psykiatriske avdelinger på ordinære sykehus. Det finnes også et lite antall private fasiliteter som tilbyr psykiatrisk behandling, psykoterapi og medikamentell behandling (Lekhan et al. 2015, s. 118).

I 2013 var det 89 psykiatriske og narkologiske sykehus med til sammen 44 224 sengeplasser. Dessuten var det 28 spesialiserte psykonevrologiske klinikker, 660 psykiatriske klinikker og 141 psykoterapeutiske klinikker. Det var 5271 psykiatere som jobbet i institusjoner eller klinikker underlagt Helsedepartementet²³. Tallet på psykologer var 611, mens det var vel 13 000 sykepleiere i den mentale helsetjenesten. Tettheten på psykiatere varierer, der noen regioner har dobbelt så stor tetthet som andre. De fleste psykiatere arbeider i de østlige områdene, mens svært få arbeider i de vestlige områdene (Lekhan et al. 2015, s. 118).

I 2012 var det vel 39 000 sengeplasser på psykiatriske institusjoner, eller ca. 86 per 100 000 innbyggere. Den gjennomsnittlige liggetiden var 53,5 dager for voksne og 26,7 dager for barn (Korste 2013).

I 2009 var det ca. 5000 psykiatere og spesialister innen rusmisbruk.²⁴ Det var over 500 barnepsykiatere. Hver av regionene hadde minst ett psykiatrisk sykehus og en psykiatrisk poliklinikk (Korste 2013).

Generelt brukes ulike tilnærminger i behandlingen, med både psykoterapi og psykofarmaka. Psykiaterne tar pasientens sosiale miljø og problemer i betraktning. Biologiske og fysiologiske forhold blir også trukket inn ved behandling av mentale forstyrrelser. Klinikkerne bruker ulike former for psykoterapi, blant andre gestaltterapi, gruppeterapi, kognitiv adferdsterapi, psykoanalyse og kunstterapi (Targum, Chaban & Mykhnyak 2013).

Det farmasøytiske markedet i Ukraina er godt dekket, og de fleste psykotropiske medisinene som brukes i Vesten, er kommersielt tilgjengelig i Ukraina. På dette området er det ingen vesentlige forskjeller mellom Vesten og Ukraina. Det finnes dessuten en rekke lokale produsenter, og det finnes mange lokale generiske medisiner (Targum, Chaban & Mykhnyak 2013).

²² Informasjonen er basert på intervju gjort av Steven Targum med to erfarne psykiatere, Oleh Chaban og Serhiy Mykhnyak. De to psykiaterne gir uttrykk for håp om at det nå er mulig å reformere psykiatrien slik at den blir mer progressiv, kommunebasert og med mindre bruk av institusjoner. De gir også uttrykk for at tiden er inne for å åpne for private virksomheter i psykiatrien (Targum, Chaban & Mykhnyak 2013).

²³ Det finnes også psykiatere som jobber i etater som har sin egen psykiatriske tjeneste for sine ansatte, for eksempel i forsvaret. Denne tjenesten er underlagt Forsvarsdepartementet, og ikke Helsedepartementet (Lekhan et al. 2015, s. 118).

²⁴ Spesialistene innen rusmiddelbruk har en egen utdanning, ulik den alminnelige psykiatere har.

89 prosent av ressursene innen mental helse blir brukt på og i sykehus.²⁵ De som blir behandlet poliklinisk, må betale medisinene sine selv. Men også de som er innlagt, må ofte bidra med betaling. Medisiner kan være dyrt, noe som fører til at noen velger eldre medisiner med dårligere virkning eller flere bivirkninger. Andre har kanskje ikke råd til behandling i det hele tatt²⁶ (Lekhan et al. 2015, s. 119).

Av mer organisasjonsmessige problemer eller utfordringer innenfor mental helse, er først og fremst at tjenesten er nærmest fraværende på lokalt nivå. Derimot er det mange store psykiatriske hospitaler.²⁷ Dette fører til at mange pasienter blir institusjonalisert. Det er en unødvendig bruk av sengeplasser for langtidsbehandling. Videre er det en utilstrekkelig bruk av psykologer og psykoterapeuter i systemet, og sosialarbeidere er nærmest fraværende (Lekhan et al. 2015, s. 119).

7.1 BARNE- OG UNGDOMSPSYKIATRIEN

I 2013 satte myndighetene i gang et omfattende reformarbeid, med støtte fra UNICEF, for å reformere tilbudet innen barne- og ungdomspsykiatrien. Siktemålet var blant annet å flytte tilbudet nærmere der klientene bor, skille ut barne- og ungdomspsykiatrien fra voksenpsykiatrien, og etablere behandlingstilbud poliklinisk og egne psykiatriske avdelinger i eksisterende barnesykehus (Lekhan et al. 2015, s. 120).

Det er stor mangel på spesialister innen barne- og ungdomspsykiatrien. I alt er det 424 psykiatere, eller 5,3 pediatrike psykiatere per 100 000 barn mellom 0 og 18 år. Det er også svært få psykologer (Lekhan et al. 2015, s. 120).

7.2 TRAUMER ETTER KRIGEN

Krigen i de østlige områdene har ført til en «ny» kategori lidelser, såkalte posttraumatiske stresslidelser. Mange, for ikke å si alle, som har kjempet i krigen, kommer tilbake med psykiske problemer. Det er blitt anslått at ca. 30 - 40 prosent av soldatene trenger psykiatrisk behandling. Men psykiatrien er underutviklet, og bare et fåtall vil oppsøke profesjonell hjelp. Det råder en machokultur i Ukraina, og personer med psykiske lidelser blir ofte stigmatisert (Grytsenko 2015; Stewart 2015).

7.3 PASIENTENES MANGLENDE RETTIGHETER

U.S. Department of State (2015, s. 43) skriver at pasienter i psykiatriske institusjoner står i fare for å bli utsatt for overgrep. Mange psykiatriske institusjoner bruker utdaterte metoder og medisiner. Kilden henviser til Ukrainian Psychiatric Association som hevder at finansieringen er utilstrekkelig, pasientene mangler tilgang til juridisk bistand og pasientene har i praksis ikke de juridiske rettighetene de skal ha ifølge lovverket. Dette fører til at pasienter blir fratatt sin rett til adekvat medisinsk behandling.

U.S. Department of State (2015, s. 43) henviser til en myndighetsrapport fra april 2013 om forholdene i psykiatriske og nevropsykiatriske institusjoner. Observatørene

²⁵ Av de totale helseutgiftene blir 2,5 prosent brukt på mental helse (Lekhan et al. 2015, s. 119).

²⁶ En måneds forbruk av moderne medisiner for schizofreni, kan koste 100 EUR, noe som tilsvarer 44 prosent av gjennomsnittlig månedslønn (Lekhan et al. 2015, s. 119).

²⁷ Myndighetene har iverksatt en plan fram til 2020 for å få mer av psykiatrien over til primærhelsetjenesten (Lekhan et al. 2015, s. 119).

fant tilfeller der pasienter ufrivillig ble holdt atskilt fra de andre pasientene. Helsepersonell isolerte pasienter i nakne rom.²⁸

8. HELSETJENESTER FOR INTERNFLYKTNINGER

Det er registrert ca. 1,46 millioner internflyktninger (IDP) i Ukraina per 7. september 2015 (UNHCR 2015b).

IDP har tilgang til helsetjenester på lik linje med enhver annen ukrainsk statsborger (UNHCR 2014, s. 8; UNHCR 2015a, s. 10).²⁹ Utgifter til medisiner må som regel den enkelte borger, IDP som andre, selv dekke. Den enkeltes tilgang vil derfor være avhengig av egen økonomi og eventuell støtte fra frivillige organisasjoner og andre.

Mange IDP har ikke selv råd til å kjøpe medisiner. Situasjonen er særlig vanskelig for personer som trenger regelmessig og dyr behandling, som dialysebehandling for diabetespasienter og ART for pasienter med hiv.³⁰ Noen IDP sliter med å få tak i medisinene de trenger fordi de mangler de personlige dokumentene som kreves (IDMC 2014, s. 5).

UNHCR (2015b) trekker fram pensjonister som har fått medisiner til subsidiert pris, som en utsatt gruppe. De har som IDP ofte problemer med å få tak i subsidierte medisiner på sitt nye sted. Personer med hiv og enkelte former for tuberkulose er også utsatt på grunn av knapphet på medisiner. Høye priser og begrenset tilbud gjør at personer som har vært utsatt for tortur og vold, har problemer med å få behandling (UNHCR 2015b).

Mange IDP lider av stress og traumer som har sammenheng med tap av familie, den vedvarende konflikten og den usikre framtiden. Særlig kvinner er utsatt. De utgjør majoriteten av de som har flyktet, med en ektefelle som har blitt igjen i konfliktområdet. Flere kvinner har vært utsatt for konfliktrelatert seksuell vold (UNHCR 2015a, s. 10).

OSCE (2015) intervjuet sommeren 2014 400 IDP om deres situasjon. Basert på deres svar, varierer tilgangen til de offentlige helsetjenestene fra region til region. I noen regioner er den god, mens den i andre er problematisk.³¹ Personer med kroniske sykdommer og reseptbelagte medisiner hadde problemer med å få fornyet resepten. Mange trengte også økonomisk støtte til kjøp av medisiner eller for å få tilgang til

²⁸ Kilden hevder at pasienter også blir holdt i såkalte metal cage over lengre tid av gangen, uten at de får dekket basale menneskelige behov. Kilden går imidlertid ikke nærmere inn på hvor mange tilfeller det dreier seg om, og sier heller ikke noe mer konkret hva som kjennetegner et slikt «metal cage».

²⁹ UNHCR henviser til loven om IDP fra 2014: *Ukraine: On ensuring of rights and freedoms of internally displaced persons*, [http://unhcr.org.ua/attachments/article/1231/IDPlawENG%20\(3\).doc](http://unhcr.org.ua/attachments/article/1231/IDPlawENG%20(3).doc). UNHCR siterer fra § 9: «This law stipulates that IDP have the right “to medical supply in cases and in accordance with procedures provided in legislation”, [and] “necessary medical assistance in state and communal health care institutions”.».

³⁰ Helsemyndighetene på regionalt nivå (oblast) får tildelt ressurser etter hvor mange tilfeller som skal behandles. På grunn av økonomiske vanskeligheter og administrative hindringer har regionene hatt problemer med å få økte ressurser, ressurser som er nødvendig for å behandle den økte pågangen av syke IDP (UNHCR 2014, s. 9).

³¹ Flesteparten av de intervjuede IDP hadde sommeren 2014 ikke selv hatt behov for å oppsøke helsetjenesten, og hadde således ikke førstehånds kjennskap til hvor god tilgjengeligheten var.

spesialisthelsetjenesten. Det sivile samfunn stiller opp og dekker behovet ved å betale for medisiner og hjelpe IDP med tilgang til behandling, ifølge OSCE (2015, s. 9). Noen leger og sykepleiere yter gratis bistand på frivillig basis. For øvrig rapporterte ingen av de 400 om alvorlige ernæringsproblemer.

9. HELSETILBUDET I DE KRIGSHERJEDE OMRÅDENE

Nærmere halvparten av oblastene Donetsk og Luhansk i det østlige Ukraina er utenfor regjeringens kontroll.³² Opprørere, med aktiv støtte fra Russland, gikk våren 2014 til væpnet aksjon for å ta kontroll. Disse områdene er i dag sterkt preget av krigshandlinger.³³

I januar 2015 bodde ca. 5,2 millioner mennesker i områder som var berørt av konflikten (Lekhan et al. 2015, s. xvi). WHO anslår at 1,4 millioner av disse er svært sårbare og trenger humanitær hjelp (Johnson 2015).

Sykehus i byer kontrollert av opprørerne mangler strøm, vann og mat. Mange sykehus og klinikker er blitt ødelagt eller skadet, andre er blitt forlatt eller flyttet. Det er en kritisk mangel på medisiner og medisinsk utstyr. Folk som er fanget i stridshandlinger, har spesielt vanskelig tilgang til medisinsk hjelp. Helsevesenet er i ferd med å kollapse helt (Johnson 2015; Leger uten grenser 2015a; WHO 2015a).

I juni 2015 rapporterte 52 prosent av befolkningen i de opprørskontrollerte områdene om mangel på medisiner, mens de medisinene som finnes stort sett var så dyre at folk flest ikke hadde råd til dem. Situasjonen er særlig akutt for personer som lider av kroniske sykdommer, inkludert tusenvis av hiv-positive pasienter (UNHCR 2015b).³⁴ Barn er særlig utsatt på grunn av mangel på vaksiner, mens folk med tuberkulose og hiv lider på grunn av mangel på nødvendige medisiner (Johnson 2015).

Ca. 30 prosent av befolkningen i konfliktberørte områder kontrollert av opprørerne, har mangelfullt kosthold. Samtidig er prisene på basismatvarer nesten dobbelt så høy som i de regjeringskontrollerte områdene (WFP 2015).

Mange helsearbeidere har reist fra området. En WHO-rapport fra desember 2014 sier at det allerede den gang ble anslått at bare ca. 30 prosent av helsepersonellet i Luhansk by var tilbake. Særlig i landsbyene er det så godt som ingen helsearbeidere igjen (Leger uten grenser 2015b).

Både Leger uten grenser og WHO er aktive i hjelpearbeidet. Leger uten grenser har over 30 mobile klinikker på begge sider av frontlinjen (Leger uten grenser 2015b). WHO har lært opp helsepersonell til å bistå med kvalifiserte helsetjenester for IDP

³² Sykehus og klinikker i opprørskontrollerte områder er ikke inkludert i statsbudsjettet til Ukraina (Leger uten grenser 2015a).

³³ Også på den regjeringskontrollerte siden av frontlinjen er det store ødeleggelser på grunn av kamphandlinger. Det er områder som opprørerne tidligere hadde erobret, men som den ukrainske regjeringshæren har tatt tilbake kontrollen over. OSW har kart som viser blant annet hvor frontlinjen går (Piechal 2015, s. 9).

³⁴ Tallet på hiv-positive pasienter spriker fra kilde til kilde. UNHCR (2015b) opererer med 8000, mens WHO (2015c) opererer med 38 000.

og i konfliktområdene. Gjennom WHOs MEPU³⁵ er det nå 16 mobile enheter i øst-Ukraina, som har 1600 konsultasjoner per dag. Hvert team består av én lege, to sykepleiere og én sjåfør. WHO tar ikke betalt for medisiner. I tillegg til behandling på stedet, vil MEPU sørge for å sette folk i kontakt med primærhelsetjenesten og laboratorier (WHO 2014; WHO 2015b; WHO 2015d).

WHO leverer store mengder medisiner og medisinsk utstyr. Det dreier seg særlig om medisiner for å behandle hiv, tuberkulose og infeksjoner hos personer med svakt immunforsvar (WHO 2015c).

³⁵ MEPU står for *Mobile Emergency Primary Healthcare Units*. MEPU er initiert av WHO i samarbeid med Helsedepartementet og Røde Kors (WHO 2015b).

10. REFERANSER

Skriftlige kilder

- Andersen, J. W. (2015, 3. juli). Expert prescribes reforms for Ukraine's sick health sector. *Kyiv Post*. Tilgjengelig fra <http://www.kyivpost.com/content/business/expert-prescribes-reforms-for-ukraines-sick-health-sector-392574.html> [lastet ned 15. september 2015]
- Bazylevych, M. (2009). Who is responsible for our health? Changing concepts of the state and the individual in post-Soviet Ukraine. *Anthropology of East Europe Review*, 27(1), 65-75. Tilgjengelig fra <http://scholarworks.iu.edu/journals/index.php/aeer/article/view/267/343> [lastet ned 4. september 2015]
- Fan, Q. (2015, 6. april). *Ukraine's Health System: Time for Change*. Kiev: The World Bank. Tilgjengelig fra <http://www.worldbank.org/en/news/opinion/2015/04/06/ukraines-health-system-time-for-change> [lastet ned 31. august 2015]
- Forina, A., Kyiv Post+ & Sukhov, O. (2015, 21. mars). Kvitashvili pledges to clean up health sector, end corrupt drug purchases, revamp budget. *Kyiv Post*. Tilgjengelig fra <http://www.kyivpost.com/content/business/kvitashvili-pledges-to-clean-up-health-sector-end-corrupt-drug-purchases-revamp-budget-383936.html> [lastet ned 15. september 2014]
- Grytsenko, O. (2014, 3. august). Another Cost of War: Spread Of Tuberculosis. *Kyiv Post*. Tilgjengelig fra <http://www.kyivpost.com/content/ukraine/another-cost-of-war-spread-of-tuberculosis-358896.html> [lastet ned 15. september 2015]
- Grytsenko, O. (2015, 6. mars). Traumas of soldiers becoming more visible after Debaltseve. *Kyiv Post*. Tilgjengelig fra <http://www.kyivpost.com/content/kyiv-post-plus/traumas-of-soldiers-becoming-more-visible-after-debaltseve-382720.html> [lastet ned 15. september 2015]
- IDMC, dvs. Internal Displacement Monitoring Centre. (2014, 22. oktober). *Time to act: Internal displacement on the rise in Ukraine*. Genève: IDMC. Tilgjengelig fra <http://www.internal-displacement.org/europe-the-caucasus-and-central-asia/ukraine/2014/time-to-act-internal-displacement-on-the-rise-in-ukraine/> [lastet ned 15. september 2015]
- Interfax-Ukraine (2015, 17. april). President Poroshenko orders drug benchmark price registers to be made public. *Kyiv Post*. Tilgjengelig fra <http://www.kyivpost.com/content/ukraine/president-poroshenko-orders-drug-benchmark-price-registers-to-be-made-public-386445.html> [lastet ned 15. september 2015]
- IOM (2013, august). *Country Fact Sheet Ukraine*. Genève: IOM. Tilgjengelig via BAMF http://www.bamf.de/SharedDocs/MILo-DB/EN/Rueckkehrfoerderung/Laenderinformationen/Informationsblaetter/cfs_ukraine-dl_en.pdf?blob=publicationFile [lastet ned 31. august 2015]
- Johnson, D. (2015, 16. januar). Ukraine healthcare system at breaking point, says WHO. *United Nations Radio*. Tilgjengelig fra <http://www.unmultimedia.org/radio/english/2015/01/ukraine-healthcare-system-at-breaking-point-says-who/> [lastet ned 22. september 2015]
- [Konstitusjonen] (1996). *Constitution of Ukraine*. Tilgjengelig via Europarådets nettsider [http://www.codices.coe.int/NXT/gateway.dll/CODICES/laws/eng/eur/ukr?fn=document-frameset.htm&f=templates\\$q=\\$uq=\\$x=\\$up=1\\$force=9739](http://www.codices.coe.int/NXT/gateway.dll/CODICES/laws/eng/eur/ukr?fn=document-frameset.htm&f=templates$q=$uq=$x=$up=1$force=9739) [lastet ned 10. september 2015]
- Korste, R. (2013, 9. september). Global Mental Health Inside Story: Olena Zhabenko, Kiev, Ukraine. *in2mentalhealth* [blogg]. Tilgjengelig fra <http://in2mentalhealth.com/2013/09/09/global-mental-health-inside-story-olena-zhabenko-kiev-ukraine/> [lastet ned 15. september 2015]

- Landguiden (2014, 10. september). *Ukraina: Sociala förhållanden*. Stockholm: Utrikespolitiska Institutet. Tilgjengelig fra <http://www.landguiden.se/Lander/Europa/Ukraina/Sociala-Forhallanden> [Elektronisk abonnementsstjeneste, lastet ned 31. august 2015]
- Leger Uten Grenser (2015a, 6. mars). *Den medisinske situasjonen forblir ille i Ukraina selv om kamphandlingene avtar*. Oslo: Leger Uten Grenser. Tilgjengelig fra <http://www.leger-uten-grenser.no/Aktuelt/Nyheter/Den-medisinske-situasjonen-forblir-ille-i-Ukraina-selv-om-kamphandlingene-avtar> [lastet ned 22. september 2015]
- Leger Uten Grenser (2015b, 22. april). *Leger Uten Grenser gir mer nødhjelp i Ukraina*. Oslo: Leger Uten Grenser. Tilgjengelig fra <http://www.legerutenegrenser.no/Aktuelt/Nyheter/Leger-Uten-Grenser-gir-mer-n%C3%B8dhjelp-i-Ukraina> [lastet ned 22. september 2015]
- Lekhan, V., Rudy, V., Shevchenko, M., Kaluski, D. N. & Richardson, E. (2015). *Ukraine: Health system review. Health Systems in Transition 2015 17(2)*. Brussel: The European Observatory on Health Systems and Policies. Tilgjengelig fra http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0018/280701/UkraineHiT.pdf?ua=1 [lastet ned 10. november 2015]
- OSCE Special Monitoring Mission to Ukraine (2015, 3. mars). *Internal displacement in Ukraine 12 August 2014*. Kiev: OSCE. Tilgjengelig fra <http://www.osce.org/ukraine-smm/122620?download=true> [lastet ned 22. september 2015]
- Ostryzniuk, E. (2014, 7. mai). New health minister to rely on market forces to improve care. *Kyiv Post*. Tilgjengelig fra <http://www.kyivpost.com/content/business/new-health-minister-to-rely-on-market-forces-to-improve-care-346809.html> [lastet ned 15. september 2015]
- Piechal, T. (2015, 17. juni). *The War republics in the Donbas one year after the outbreak of the conflict*. Warszawa: OSW. Tilgjengelig fra <http://www.osw.waw.pl/en/publikacje/osw-commentary/2015-06-17/war-republics-donbas-one-year-after-outbreak-conflict> [lastet ned 2. oktober 2015]
- Stewart, F. (2015, 30. mai). Psychologists in War-Torn Ukraine Are Fighting a Battle Against PTSD on Two Fronts. *Vice News*. Tilgjengelig fra <https://news.vice.com/article/psychologists-in-war-torn-ukraine-are-fighting-a-battle-against-ptsd-on-two-fronts> [lastet ned 8. september 2015]
- Stracansky, P. (2014, 17. august). TB Epidemic Threat Hangs Over Ukraine Conflict. *Inter Press Service*. Tilgjengelig fra <http://www.ipsnews.net/2014/08/tb-epidemic-threat-hangs-over-ukraine-conflict/> [lastet ned 15. september 2015]
- Targum, S., Chaban, O. & Mykhnyak, S (2013, april). Psychiatry in the Ukraine. *Innovations in Clinical Neuroscience*, 10(4), 41-46. Tilgjengelig fra <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3659038/> [lastet ned 31. august 2015]
- UNAIDS (u.å.). *Ukraine: HIV and AIDS estimates (2014)*. Kiev: UNAIDS. Tilgjengelig fra <http://www.unaids.org/en/regionscountries/countries/ukraine/> [lastet ned 3. september 2015]
- UNHCR (2014, 17. oktober). *Profiling and Needs Assessment of Internally Displaced Persons (IDPs) 17 October 2014*. Genève: UNHCR. Tilgjengelig fra <http://unhcr.org.ua/attachments/article/971/IDP.pdf> [lastet ned 22. september 2015]
- UNHCR (2015a, 15. januar). *International Protection Considerations related to developments in Ukraine – Update II*. Genève: UNHCR. Tilgjengelig via Refworld <http://www.refworld.org/docid/54c639474.html> [lastet ned 21. september 2015]
- UNHCR (2015b, 24. september). *International Protection Considerations related to developments in Ukraine – Update III*. Genève: UNHCR. Tilgjengelig via Refworld <http://www.refworld.org/docid/56017e034.html> [lastet ned 2. oktober 2015]
- U.S. Department of State (2015, 25. juni). *2014 Country Reports on Human Rights Practices: Ukraine*. Washington D.C.: U.S. Department of State. Tilgjengelig fra <http://www.state.gov/documents/organization/236800.pdf> [lastet ned 29. juni 2015]

- Utrikesdepartementet (2012, 30. juni). *Mänskliga rättigheter i Ukraina 2011*. Stockholm: Utrikesdepartementet. Tilgjengelig fra <http://www.manskligarattigheter.se/sv/manskliga-rattigheter-i-varlden/ud-s-rapporter-om-manskliga-rattigheter/europa-och-centralasien?c=Ukraina> [lastet ned 2. november 2015]
- WFP (2015, 15. mai). *Market Update - 3 (April - May 2015). Ukraine*. Roma: WFP. Tilgjengelig fra <http://documents.wfp.org/stellent/groups/public/documents/ena/wfp276287.pdf> [lastet ned 2. oktober 2015]
- WHO (u.å.). *Pharmaceutical system of Ukraine*. Genève: WHO. Tilgjengelig fra http://whocc.goeg.at/Literaturliste/Dokumente/CountryInformationPosters/Ukraine_PPRI%202013.pdf [lastet ned 8. september 2015]
- WHO (2014, desember). *Ukraine conflict: upholding the right to health for all*. Genève: WHO. Tilgjengelig fra <http://www.who.int/features/2014/ukraine-conflict/en/> [lastet ned 2. oktober 2015]
- WHO (2015a, 6. februar). *WHO strengthens health operations in eastern Ukraine*. Genève: WHO. Tilgjengelig fra <http://www.euro.who.int/en/countries/ukraine/news/news/2015/02/who-strengthens-health-operations-in-eastern-ukraine> [lastet ned 2. oktober 2015]
- WHO (2015b, 17. februar). *WHO increases humanitarian efforts as crisis in Ukraine continues*. Genève: WHO. Tilgjengelig fra <http://www.euro.who.int/en/countries/ukraine/news/news/2015/02/who-increases-humanitarian-efforts-as-crisis-in-ukraine-continues> [lastet ned 2. oktober 2015]
- WHO (2015c, 21. februar). *Medical supplies from WHO reach Ukraine as part of United Nations aid convoy*. Genève: WHO. Tilgjengelig fra <http://www.euro.who.int/en/countries/ukraine/news/news/2015/02/medical-supplies-from-who-reach-ukraine-as-part-of-united-nations-aid-convoy> [lastet ned 2. oktober 2015]
- WHO (2015d, 10. juni). *Mobile health care for Ukraine*. Genève: WHO. Tilgjengelig fra <http://reliefweb.int/report/ukraine/mobile-health-care-ukraine> [lastet ned 2. oktober 2015]
- Wikipedia (sist endret 23. oktober 2014). *Health in Ukraine*. Tilgjengelig fra https://en.wikipedia.org/wiki/Health_in_Ukraine [lastet ned 2. oktober 2015]
- Yankovskyy, S. (2011, 14. november). *Mental Health Care in Ukraine: Twenty Years after the Soviet Union*. *Somatosphere*. Tilgjengelig fra <http://somatosphere.net/2011/11/mental-health-care-in-ukraine-twenty-years-after-the-soviet-union.html> [lastet ned 22. september 2015]
- Zhuk, A. (2015, 30. april). *Activists say Health Ministry drags its feet in surrendering drug procurement*. *Kyiv Post*. Tilgjengelig fra <http://www.kyivpost.com/content/kyiv-post-plus/activists-say-health-ministry-drags-its-feet-with-drugs-procurement-387530.html> [lastet ned 15. september 2015]
- Åslund, A. & Paskhaver, O. (2010). *Proposals for Ukraine: 2010 – Time for Reforms*. Kiev: Independent International Experts Commission. Tilgjengelig fra <http://www.iiie.com/publications/papers/aslund0210.pdf> [lastet ned 30. oktober 2015]
- Åslund, A. (2015, april). *Ukraine: What Went Wrong and How to Fix It*. Washington D.C.: Petersons Institute for International Economics.