

Олександр МЕЛЬНИЧЕНКО

*д. держ. упр., професор,
професор кафедри громадського здоров'я
та управління охороною здоров'я
Харківського національного медичного університету*

Наталія УДОВИЧЕНКО

*к. держ. упр., доцент,
доцент кафедри громадського здоров'я
та управління охороною здоров'я
Харківського національного медичного університету*

Віра ЄМЧЕНКО

*заступник головного лікаря з медичної частини,
лікар-стоматолог-терапевт вищої кваліфікаційної категорії,
КЗОЗ «Харківська міська стоматологічна поліклініка № 7»*

КРИТИЧНИЙ АНАЛІЗ ПЕРЕДОВОГО СВІТОВОГО ДОСВІДУ РОЗВИТКУ СФЕРИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я ТА НЕОБХІДНІСТЬ ЙОГО АДАПТАЦІЇ ДО УМОВ УКРАЇНИ

Нині продовжує збільшуватись розрив між багатими та бідними країнами, а тому останнім (до них, як не прикро це констатувати, належить і Україна) дедалі складніше конкурувати на світовому ринку товарів і послуг, а також забезпечувати біль-менш гідне життя для свого населення. Звісно, означену тенденцію навряд чи можна змінити, але, радше за все, варто зосередитись на тому, щоб триматись за «лідером», використовуючи його передовий досвід. Але навряд чи мова йде про просте його копіювання, оскільки найкращі результати забезпечуються лише тоді, коли надбання світової науки та практики адаптовано до економічних і соціальних реалій країни-реципієнта. Крім того, слід зважати на те, що запровадження запозиченого, частіше за все, супроводжується реформуванням існуючих систем (у т.ч. взаємовідносин між господарюючими суб'єктами), а відтак – посиленням спротиву (активного – з боку тих, кого влаштовує існуюча система; й часткового – хто живе за принципом «краще синиця у руках, ніж журавель у небі»). Ймовірно, найбільш резонансною є означена проблема стосовно медичної реформи, оскільки більшість наших співвітчизників, з одного боку, звикли до «безкоштовної» медичної допомоги та (у своїй більшості) неспроможні повною мірою оплачувати необхідні медичні послуги; а з іншого – чимало вітчизняних медичних працівників і чиновників системи охорони здоров'я призвичаїлись до існуючої системи «заробітків», через що чинять опір таким змінам. Однак нинішній стан справ зі станом здоров'я населення України та рівнем розвитку вітчизняної сфери охорони здоров'я все ж вимагає докорінних змін (у т.ч. з використанням передового світового досвіду у цій царині), що й обумовлює актуальність даного дослідження.

Передусім слід зазначити, що практично будь-який передовий світовий досвід потенційно є корисним для України. Але до кожного прикладу слід доволі критично ставитись, оскільки не все, що «працює там – запрацює у нас». Означене обумовлене наявною відмінністю економічних і соціальних умов країни-реципієнта та країни-донора (зокрема, щодо розміру ВВП на душу населення; частка ВВП, що виділяється на фінансування сфери охорони здоров'я). Відтак, чим більшою є відмінність між країнами, тим більшою мірою слід адаптувати (коригувати) її надбання. Саме тому, радше за все, ми можемо лише фрагментарно (почасти, лише як орієнтири) використовувати досвід розвинених країн світу (Великобританія, Італія, Канада, Німеччина, США, Франція, Японія); натомість доволі корисним (значною мірою використаним) буде досвід тих країн, котрі мають значні успіхи у цій царині (Ізраїль, Китай, Туреччина, Швеція) та є певною мірою подібними до України (Білорусь, Польща, Росія, Угорщина).

Також варто відзначити, що більшість країн (попри наявні успіхи) продовжують розвивати цю важливу сферу національної економіки. О. Виноградов небезпідставно наголошує, що «модернізацію національних систем охорони здоров'я в XXI ст. визначатимуть три значущі тенденції: уніфікація стандартів надання медичних послуг на міжнародному рівні; пріоритетність ринкових відносин суб'єктів системи охорони здоров'я; вирішення проблем щодо регулювання витрат на медичні послуги» [1]. Медична реформа, що нині триває в Україні, передбачає багатовекторні зміни вітчизняної сфери охорони здоров'я. Однією з «непопулярних» змін є вибір медичної допомоги й послуг, які будуть фінансуватись державою та які не підпадатимуть під гарантований державою мінімум. Водночас «навіть країни з найбільш розвиненими економіками у світі (для регулювання витрат у сфері охорони здоров'я) інколи змушені вдаватись до перегляду й скорочення пакету гарантованого медичного обслуговування своїх громадян» [4]. При цьому нас має цікавити не лише загальний склад гарантованого пакету медичних послуг («швидка невідкладна допомога, госпіталізація, амбулаторні послуги для пацієнтів, допологовий догляд, профілактичні та оздоровчі послуги, лікування хронічних захворювань тощо» [5]), а і рівень та якість цих послуг (прикро, але Україна істотною мірою поступається розвиненим країнам за цими критеріями). Водночас, варто погодитись (особливо зважаючи на їх соціальну значущість медичних послуг), що «обсяг споживання медичних послуг не може визначатися тільки рівнем платоспроможності людини. Це особливо очевидно тоді, коли для зменшення страждань і рятування життя людини потрібна термінова медична допомога. Навіть в США, де охорона здоров'я розвивається, головним чином, на платній основі, хворі з гострими захворюваннями, які не застраховані, отримують медичну допомогу в лікарні»

безкоштовно. У таких випадках безкоштовне лікування таких хворих здійснюється за рахунок тих, хто може заплатити» [2].

Узагальнивши досвід країн ЄС, І. Фуртак стверджує, що «в умовах браку фінансування, економічної нестабільності, необхідності раціонального використання ресурсів великого значення набуває ресурсозберігаючий підхід» [3], а тому керівництву медичних закладів слід приділити значну увагу проведенню таких заходів: ремонт і заміна систем опалення; установка вузлів обліку води чи тепла; використання в приміщеннях енергозберігаючих ламп; утеплення фасаду будівлі; ремонт покрівель будівель; заміна дерев'яних вікон і дверей на металопластикові тощо. Для проведення означених заходів необхідне належне ресурсне забезпечення, яке нині поєднує бюджетне фінансування та доходи від господарської діяльності та надання платних медичних послуг. Але ураховуючи нинішній стан української економіки та рівень доходів населення, марно розраховувати на швидкі позитивні зміни (передусім, через дефіцит коштів). Більшість науковців правомірно схиляються до думки, що запорукою покращання ситуації є розвиток страхової медицини, проте це стане реальністю лише за таких умов: по-перше, збільшення частки населення, яке є забезпеченим (фактично, довіряє страховим компаніям і має кошти для придбання страхових полісів); по-друге, поширення обов'язкового медичного страхування (коли роботодавці платять за найманих працівників, а держава – за соціально незахищені верстви населення).

З урахуванням вищевикладеного матеріалу можна зробити висновок, що світова практика пропонує використовувати для стимулювання подальшого розвитку сфери охорони здоров'я таке: погодження гарантованого пакету послуг і намагання максимально забезпечити універсальність доступу до послуг у сфері охорони здоров'я; гарантування кожному мешканцю доступ до високоякісного комплексного медичного обслуговування та вибору лікарів; реформування первинної медико-санітарної допомоги й розвиток сімейної медицини; забезпечити розвиток медичного страхування. Подальші наукові розвідки мають бути присвячені розробці рекомендацій, спрямованих на підвищення результативності публічного управління розвитком системи охорони здоров'я в Україні.

Список використаних джерел

1. Виноградов О.В. Механізми державного управління багатоканальним фінансуванням системи охорони здоров'я України: автореф. дис. ... к. держ. упр.: спец. 25.00.02 «Механізми державного управління». Київ, 2009. – 18 с.
2. Солоненко Н. Економіка охорони здоров'я: навчальний посібник. Київ: НАДУ, 2005. – 416 с.
3. Фуртак І.І. Механізми державного управління у сфері охорони

здоров'я в контексті європейської інтеграції України: автореф. дис. ... к. держ. упр.: спец. 25.00.02 «Механізми державного управління». Львів, 2010. – 22 с.

4. Escobar M.-L., Griffin C, Shaw R. Impact of health insurance in low- and middle-income countries. Washington: Brookings Institution Press, 2010. – 245 p.

5. Kozierkevich A. Benefit package and cost of services – Health Bascet. Krakow-Warshava, 2005. Report 1. URL: www.ehma.org/files/Benefit_Report_Poland.pdf.

Андрій МУСІЄНКО

аспірант Міжрегіональної академії управління персоналом

ПРИНЦИПИ ДЕРЖАВНОГО РЕГУЛЮВАННЯ ТРАНСПЛАНТОЛОГІЄЮ: УКРАЇНА ТА МІЖНАРОДНИЙ ДОСВІД

Функціонування та розвиток трансплантології як медичної галузі не можливе без нормативного закріплення принципів державного регулювання даною сферою. На жаль, в українському законодавстві закріплено лише загальні засади медичної діяльності, при цьому відсутні спеціальні принципи регулювання порядком здійснення трансплантації органів та інших анатомічних матеріалів людини.

Означена проблема неодноразово актуалізувалася на науковому рівні. Зокрема, дослідник І. Горелик запропонував покласти в основу державного регулювання трансплантологією принцип оптимальної турботи про інтереси донора, що полягає у пріоритетності інтересів донора при спірних питаннях під час здійснення лікування хворого, що потребує пересадки органів. Другий принцип полягав в колегіальному підході до вирішення складних, дискусійних питань. Так, встановлення діагнозу хвороби і способи лікування повинні вирішуватися консиліумом лікарів [1, с. 82 – 88]. До означених принципів науковці Сальніков В. та Стеценко С. додали засади дотримання і поваги прав пацієнта, що мають невід'ємне право на життя та право на медичну допомогу. Означений принцип, на думку вчених, не може функціонувати у галузі трансплантології без принципу дотримання черги згідно «аркуша очікування» [2, с. 11]. Тільки так можна зберегти справедливий баланс між хворими, що потребують негайної трансплантації органів.

Оскільки, український законодавець на законодавчому рівні не встановлює засади принципи державного регулювання трансплантологією, то в такому випадку вважаємо за доцільне звернутися до міжнародного досвіду, який у даному напрямку має ряд напрацювань.

Спеціальні медичні організації, а саме Всесвітня організація охорони