

Таранюк Г.П.,Синодальный отдел благотворительности
и социального служения Украинской
Православной Церкви, г. Киев, Украина**КРИЗИС ЗДРАВООХРАНЕНИЯ В УКРАИНЕ:
ИНСТИТУЦИОНАЛЬНЫЙ АСПЕКТ**

Тези виступу на Всеукраїнській науково-практичній конференції з міжнародною участю «Концептуальні засади розвитку охороноздоровчого права та законодавства України про охорону здоров'я», м.Київ, Академія адвокатури України, 14 березня 2013 року

Кризис, переживаемый в настоящее время здравоохранением в Украине носит системный характер, обнаруживающий себя как в материально – технической, так и в институциональной плоскости. Обобщенно этот кризис может быть определен как *противоречие между вызовами здравоохранению – крайне неудовлетворительным состоянием здоровья населения Украины и теми мероприятиями и механизмами, которые рассматриваются в качестве инструментов здравоохранения.*

Так, на фоне масштабной сверхсмертности и депопуляции в условиях низкой доступности медицинской помощи и ресурсов государственного здравоохранения имеет место перенесение ответственности за здоровье человека на него самого. Этому способствуют такие, положенные в основу современного здравоохранения принципы, как:

- рассмотрение в качестве главного обуславливающего фактора здоровья образа жизни, понимаемого как результат самоопределения индивидуальной человеческой личности;
- представление о здоровье как об индивидуализированной ценности в контексте прав и свобод человека, частных, а не общественных интересов;
- принцип автономии пациента, как предпосылка контрактной модели отношений «врач-пациент».

Совокупность указанных принципов в рыночных экономических условиях порождает модель здравоохранения, ориентированную не на решение задач воспроизводства и социального развития общества, а на удовлетворение частных интересов субъектов медицинской практики, как производителей, так и потребителей продуктов здравоохранения. Так, в Украине достаточно успешно развиваются коммерчески перспективные отрасли медицины, направленные на удовлетворение именно частнопотребительских интересов отдельных категорий граждан. Это: эстети-

ческая хирургия и косметология, репродуктивные технологии, в том числе экстракорпоральное оплодотворение, услуги по искусственному прерыванию беременности, коррекции пола, и некоторые другие, которые не связаны напрямую с сохранением жизни и здоровья человека в привычном смысле¹.

Такое положение вещей находит свое объяснение в том, что с одной стороны, ресурсы государственного здравоохранения крайне ограничены, а с другой – на законодательном уровне закреплена возможность удовлетворения индивидуализированных потребностей личности, которые могут быть истолкованы в контексте соблюдения прав и свобод человека, а также здоровья в смысле благополучия и качества жизни. При этом, на практике реализация данных прав оказывается возможной только для лиц с высоким материальным достатком. Как следствие, возникает предпосылка неравномерного распределения ресурсов здравоохранения и их сосредоточенность в коммерчески привлекательных областях медицины, безотносительно социальной значимости и научной актуальности последних, а также в частном секторе производства медицинских услуг. При этом следует учитывать что ресурсы здравоохранения составляют в первую очередь квалифицированные медицинские кадры и наукоемкие биомедицинские технологии, затраты на подготовку и производство которых ложатся на все общество.

Таким образом, возникает фундаментальное противоречие между общественным характером производства здравоохранительных благ и частноиндивидуализированным коммерчески обусловленным характером их распределения.

¹ В ближайшее время к этому списку могут добавиться технологии усовершенствования человеческого организма в направлении расширения его физических возможностей, дистанционный контроль над жизнедеятельностью организма, услуги по эвтаназии и т.п.

Вместе с этим, смещение ценностных ориентаций здравоохранения в сторону потребительского рыночного спроса и соответствующее изменение правового статуса медицинских учреждений, приводит к изменению статусно-ролевой организации медицины как социального института и отказу от традиционных образцов поведения его участников. Характерными признаками и результатами этих изменений являются: трансформация медицинской помощи в медицинские услуги; формирование мотивации медицинских работников на основе их частных интересов; перенесение ответственности за результаты лечения на самого пациента; вытеснение традиционных этических регуляторов внешними правовыми нормами. При этом, здравоохранительное право становится по преимуществу частным, предметно ограничиваясь областью регулирования гражданских правоотношений субъектов медицинской практики.

Указанные явления являются результатом конфликта заложенного на уровне законодательства Украины в виде двух противостоящих друг другу стратегий здравоохранения: выживания и развития народа Украины – с одной стороны, и обеспечение прав и свобод человека и гражданина в сфере здравоохранения – с другой [Основы законодательства Украины о здравоохранении, Статья 4]. Обобщенно: имеет место противоречие между общественным публичным интересом по обеспечению воспроизводства и развития общества в целом и частным интересом отдельных лиц по реализации своих прав, который также имеет признаки публичности в силу признания этого интереса государством. По мнению автора, это противоречие является имманентным и неустранимым, однако может быть существенно сглажено путем государственного ограничения рыночных отношений в здравоохранении и законодательного обеспечения приоритета общественных интересов над частными.