

11. Концепція переходу Української РСР до ринкової економіки від 1 листопада 1990 р. № 0001460-90// Відом. Верхов. Ради УРСР. - 1990. - № 48. - Ст. 632.
12. Концепція соціального забезпечення населення України. Схвалена Постановою Верховної Ради України від 21 груд. 1993 р. № 3758-ХІІ // Відом. Верхов. Ради України. - 1994. - № 6. - Ст. 31.
13. *Корнієнко О.* Професійні спілки в умовах соціальних трансформацій / О. Корнієнко. - Режим доступу : http://www.nbuv.gov.ua/portal/soc_gum/pome/2008_6/PDF/Kornievskiy.pdf
14. *Куценко В. І.* Соціальна держава (проблеми теорії, методології, практики) : монографія / В. І. Куценко, В. П. Удовиченко, Я. В. Остафійчук ; за ред. В. І. Куценко. - К. : Заповіт, 2003. - 228 с.
15. *Литвин В. М.* Розвиток соціальної сфери / В. М. Литвин. - Режим доступу : http://www.lytvyn-v.org.ua/history_of_ukraine/index.php?article=ch5_r13_p4
16. Основні напрями економічної політики України в умовах незалежності : Постанова Верховної Ради України від 25 жовт. 1991 р. № 1698а-12. - Режим доступу : <http://zakon.rada.gov.ua>
17. *Петроє О.* Сучасний стан та пріоритетні напрями державної політики щодо розвитку національної моделі соціального діалогу в Україні / О. Петроє, Г. Осовий, В. Варениця // Вісн. НАДУ. - 2010. - № 3. - С. 222-231.
18. *Петроє О. М.* Вплив соціального діалогу на соціально-економічний розвиток держави: зарубіжний досвід / О. М. Петроє // Вісн. НАДУ. - 2010. - № 4. - С. 216-225.
19. Про створення державної служби зайнятості в Українській РСР : Постанова Ради Міністрів Української РСР від 21 груд. 1990 р. № 381. - Режим доступу : <http://uazakon.com/document/tpart17/isx17168.htm>
20. Програма надзвичайних заходів щодо стабілізації економіки України та виходу її з кризового стану від 3 лип. 1991 р. № 1291-ХІІ // Відом. Верхов. Ради УРСР. - 1991. - № 36. - Ст. 473.
21. Профспілковий рух України: історія та сучасність // Конфедерація Вільних Профспілок України. - Режим доступу : <http://old.kvpu.org.ua/ua/history>
22. Управління соціальним і гуманітарним розвитком : у 2 ч. / авт. кол. : В. А. Скуратівський, В. П. Трощинський, Е. М. Лібанова та ін. ; за заг. ред. В. А. Скуратівського, В. П. Трощинського. - К. : НАДУ, 2009. - Ч. 1. - 456 с.

Наталія Фойгт,

кандидат економічних наук,

старший науковий співробітник,

докторант кафедри управління охороною

суспільного здоров'я НАДУ

Управлінські проблеми охорони здоров'я населення похилого віку в межах територіальних громад: баланс між формальним і неформальним секторами

У статті аналізується перерозподіл відповідальності за надання медичної допомоги населенню похилого віку між формальною системою охорони здоров'я та неформальною мережею підтримки літніх людей з боку сім'ї та

територіальної громади в умовах реструктуризації медичного обслуговування. Визначено управлінські проблеми балансування участі формального і неформального сектору у забезпеченні ефективного функціонування системи медичного обслуговування населення похилого віку в межах і за участю територіальних громад.

Ключові слова: управління охороною громадського здоров'я, формальний і неформальний догляд, територіальна громада.

The paper studies the redistribution of responsibility for providing medical care to the aged population between formal health care system and the informal support network of older people by family and territorial community in terms of restructuring of health care. Identified management problems of balancing the participation of formal and informal sector in ensuring the effective functioning of the health care for older people within and with the participation of local communities.

Key words: public health management, formal and informal care, the community.

Постановка проблеми. Пов'язане зі старінням населення зростання навантаження на ресурсно обмежену та якісно неадекватну систему медичного обслуговування населення похилого віку призводить як до подальшого зниження статусу здоров'я літніх людей, так і до гальмування розвитку системи охорони здоров'я загалом. Дедалі відчутнішою стає потреба перенесення частини функцій формального медичного (а найчастіше - соціально-медичного) обслуговування літніх пацієнтів у неформальне середовище територіальної громади. Очікуваними вигодами такого підходу можуть бути, з одного боку, зниження тиску старіння населення на формальну систему охорони здоров'я і уможливлення, врешті, просування охороноздоровчих реформ; з другого - примноження терапевтичного ефекту лікування літніх людей у підтримуючому середовищі їх неформальної сімейної й соціальної мережі, яке виводить процес медичного обслуговування на якісно новий рівень.

Аналіз останніх досліджень і публікацій. Проблеми ролі і можливостей місцевого самоврядування в забезпеченні охорони здоров'я територіальних громад на сьогодні є предметом широкого наукового обговорення. Сформульовані основи адміністративно-правового регулювання повноважень органів місцевого самоврядування у сфері охорони здоров'я населення [1], вивчені теоретико-методологічні та практичні засади місцевого самоврядування у сфері охорони здоров'я [2], нові технології регіонального управління та нові форми і методи державного управління та місцевого самоврядування в галузі охорони громадського здоров'я [3], визначені критерії ефективності регіонального управління у сфері громадського здоров'я та засади кадрового забезпечення регіонального управління у сфері охорони здоров'я територіальних громад [4].

Виділення невирішених раніше частин загальної проблеми. Практичні аспекти застосування механізмів місцевого самоврядування для розв'язання конкретних проблем охорони здоров'я населення похилого віку у межах територіальних громад поки що залишаються поза увагою дослідників.

Формулювання цілей статті. Цілями статті є вивчення перерозподілу відповідальності за надання медичної допомоги населенню похилого віку між формальною системою охорони здоров'я та неформальною мережею підтримки літніх людей з боку сім'ї та територіальної громади в умовах реструктуризації медичного обслуговування та визначення на цій основі управлінських проблем балансування участі формального і неформального сектору в забезпеченні ефективного функціонування системи медичного обслуговування населення похилого віку в межах і за участю територіальних громад.

Виклад основного матеріалу. У сучасних умовах розмивається межа між формальною і неформальною медичною допомогою, між оплачуваним і неоплачуваним медичним доглядом та постає питання про відносні ролі сім'ї, держави та громади в розподілі відповідальності за здійснення та фінансування догляду за хворими літніми людьми. У межах територіальної громади це питання загострюється, оскільки саме тут найяскравіше проявляється протиріччя між статистичними нормами (як вчиняє більшість людей) і нормативними переконаннями (правильним є вчиняти так, як думає більшість людей). Інакше кажучи, те, що більшість сімей здійснює догляд за літніми людьми, не означає, що це є найкращою з альтернатив.

Взаємозв'язок між професіоналами і неформальними надавачами догляду у найближчому середовищі літнього хворого є унікальним. Оскільки він є тривалим за часом та дедалі складнішим й інтенсивнішим, виникає необхідність балансування експертного досвіду медичних професіоналів, яке можна назвати "доглядом для", та персонального досвіду залучених у цей процес членів сім'ї, який за своєю сутністю є "доглядом за". Різні групи (члени сім'ї, самі літні хворі, менеджери і здійснювачі формального догляду та інші медичні професіонали) мають різне уявлення про оптимальні межі і взаємозв'язки між формальними і неформальними надавачами догляду, про відповідність цінностей і переконань та усвідомленість медичним персоналом професійного догляду за конкретним хворим, а також про прийнятний ступінь участі членів сім'ї у виконанні певних завдань.

У формальній підтримці літнього пацієнта послідовність і безперервність є головними передумовами успішності лікування. Ось чому надавачі формальної підтримки, які встановили тривалі взаємини зі своїм підопічним, краще розуміють його потреби, а отже, можуть більш ефективно їх задовольняти. Оскільки у випадку з літніми хворими догляд є тривалішим за звичайний, такі близькі соціально-професійні відносини є важливою формою взаємопідтримки медичного персоналу і членів сім'ї або громади, які беруть участь у догляді за пацієнтом.

З переносом медичного догляду за літніми людьми у територіальну громаду тут виникають проблеми його неоднорідності і непослідовності. Необізнаність членів громади з наявними сервісами призводить не тільки до недовикористання медичного обслуговування, але й до неможливості

обговорення громадою його необхідних обсягів, структури та перспективного розвитку. На повсякденному рівні обмеженість чіткої і детальної інформації про те, хто і які завдання виконує, справляє негативний вплив на взаємодію формальних і неформальних учасників охороноздоровчого процесу у громаді. Це, у свою чергу, впливає на структуру доступних послуг для підтримки неформальних здійснювачів догляду за літніми хворими та робить їх більш уразливими до об'єктивних обставин процесу догляду (як під час кризи здоров'я свого підопічного, або в момент найвищої втоми, або у разі неспроможності подальшого надання догляду тощо). Багато людей, які тривалий час доглядають за літніми хворими, на жаль, звертаються за професійною допомогою лише з настанням кризи. Так відбувається через незнання ролі професіоналів, нерозуміння того, як дії, що плануються формальним медичним персоналом, можуть бути реалізовані, та прийняття на себе надлишкової відповідальності за результати догляду.

Прискорення впровадження новітніх медичних технологій почасти пов'язане з необхідністю перенесення роботи, яка раніше здійснювалась медичними професіоналами у спеціалізованих медичних закладах, на членів сім'ї, сусідів, друзів пацієнтів, переважно жінок, які здійснюють цю роботу безоплатно. Високотехнологічність медичної діяльності, здійснюваної членами сім'ї або громади, вимагає умовного поділу соціального та медичного обслуговування населення похилого віку на публічне і приватне. Аджє скорочення терміну перебування пацієнтів у стаціонарі, амбулаторне лікування або влаштування стаціонарної медичної допомоги вдома означає, що безоплатна праця (переважно жінок) заміщує оплачувану роботу середнього медичного персоналу (також переважно жінок). Зсув відповідальності за надання медичного обслуговування населення похилого віку з високопрофесійних медичних робітників до менш кваліфікованого персоналу, іноді навіть зовсім не тренованих неформальних учасників лікувального процесу, можна охарактеризувати як формалізацію неформальної діяльності в приватній царині і депрофесіоналізацію догляду за літніми хворими загалом. Послуги, які раніше могли надаватись лише ліцензованими медичними сестрами, зараз надають народні цілителі, представники нетрадиційної медицини, напівнавчені соціальні працівники та зовсім необізнані члени сім'ї. Це призводить до поширення медичних помилок, а часто і до ятрогенних ушкоджень з боку некваліфікованих працівників. Крім того, спроби здешевити медичне обслуговування населення похилого віку в територіальній громаді засобами перекладання окремих медико-соціальних функцій на соціальних працівників зрештою призводять до посилення плінності кадрів у місцевих соціальних службах через невідповідність низької заробітної плати соціальних працівників обсягам робочого навантаження і ступеня відповідальності, а також через відсутність впливових професійних асоціацій у цій сфері.

Зміни в політичному й інституційному баченні та фінансуванні медичного обслуговування населення похилого віку в територіальній громаді поряд з необхідністю організації надання такого обслуговування в приватному середовищі літнього хворого загострюють управлінську проблему встановлення межі між формальною і неформальною діяльністю у цій сфері. Нагальність розв'язання цієї проблеми визначається дедалі швидшим і масштабнішим зсувом діяльності неформальних учасників догляду за літніми хворими від простих дій з персонального та фізичного догляду до дедалі більш складних технічних завдань медичного обслуговування. Адже неконтрольованість такої діяльності, що включає як просте давання ліків та передодягання, так і здійснення високотехнологічних медичних дій (як-от ниркового діалізу, догляду за колостомією або фістулою, парентерального годування тощо) є чинником ризику з точки зору інфекції або ускладнень.

На сьогодні сім'я настільки заангажована в процес медичного догляду за своїми літніми родичами, що можна говорити про реконцептуалізацію цього процесу на рівні управління охороною здоров'я, згідно з якою медичний догляд перетворюється у приватну проблему літніх хворих та членів їх сімей. Дедалі частіше діяльність фінансованої державою системи медичного обслуговування населення похилого віку (включаючи медичні заклади сестринського догляду та патронажні послуги у територіальній громаді) підмінюється системою неформального догляду, що його здійснюють члени сім'ї, друзі, сусіди та місцеві громадські інституції. У таких умовах, коли під гаслом уповноваження територіальної громади у підтримці здоров'я населення літній пацієнт врешті залишається на утриманні сім'ї, фактично знижується рівень медичного обслуговування як літнього хворого та його сім'ї, так і громади загалом. Тут уже слід говорити про перенесення засобами державного управління, пов'язаного з демографічним старінням, матеріального та фінансового тиску з формальної системи охорони здоров'я на самих літніх людей та їх неформальне оточення. Адже скорочення фінансованої державою формальної медичної допомоги літнім хворим вдома та у спеціалізованих медичних закладах цілком очевидно призводить до систематичного збільшення фізичного і фінансового внеску у здійснення медичного догляду за літніми пацієнтами з боку сім'ї і громади, які в цьому процесі отримують дедалі менше державної підтримки.

Отже, у контексті бюджетного дефіциту реформування охорони здоров'я загалом та, зокрема, раціоналізація і реструктуризація медичного обслуговування населення похилого віку явно чи неявно спрямовані на перекладання основного тягаря фінансових витрат на самого хворого, його сім'ю і громаду. Безпосереднім наслідком цього є те, що в умовах обмежених охороноздоровчих ресурсів держави літні люди, які мають сім'ю і підтримку громади, опиняються в менш виграшному становищі порівняно з тими, хто, не маючи неформальної підтримки, отримує державно фінансовану медич-

ну допомогу в повному обсязі. Найгірше те, що так відбувається незалежно від бажання або можливості сім'ї або громади взяти на себе фінансовий тягар медичного догляду за літніми людьми, а також попри загальновідомий висновок про доповнюючу, а не заміщуючу формальний медичний догляд роль неформальної підтримки.

Виміряти реальні обсяги витрат на медичне обслуговування населення похилого віку в межах територіальних громад досить важко. За підрахунками ВООЗ, рівень кореляційного зв'язку підвищення в населенні частки осіб у віці 65 років і старше з часткою витрат на охорону здоров'я у ВВП країн європейського регіону становить $r = 0,63$ (коефіцієнт кореляції Пірсона r при $p < 0,05$).

При цьому зі зниженням середньодушового обсягу ВВП статистично вірогідно ($r = - 0,72$ при $p < 0,05$) підвищується частка готівкових виплат сімей на охорону здоров'я в загальному обсязі витрат на охорону здоров'я. В Україні ця частка становить 40%, що є одним із найвищих рівнів в Європі (рис. 1).

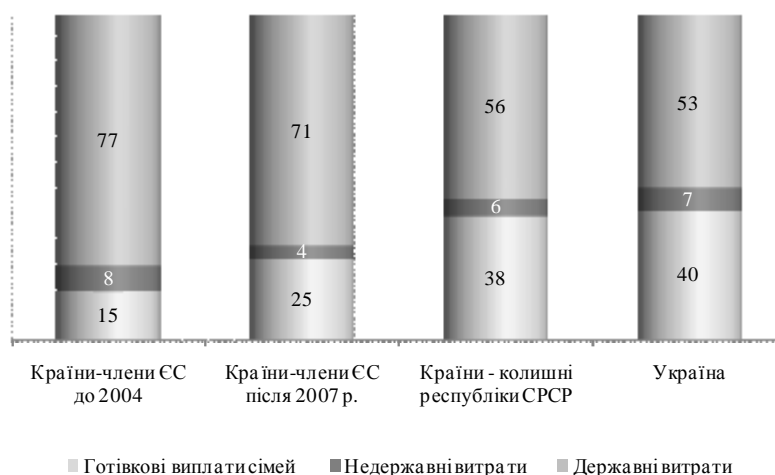


Рис. 1. Структура загального обсягу витрат на охорону здоров'я в Україні та інших регіонах Європи у 2007 р., % (за підрахунками ВООЗ)

Інакше кажучи, відповідальність сім'ї за надання медичної допомоги хворій літній людині збільшується зі зростанням напруженості державного бюджету. В Україні найприкрішим є те, що багатопоколінні сім'ї, які мають у своєму складі і дітей і старих, при найнижчому обсязі загальних доходів змушені виділяти на охорону здоров'я таку ж саму частку свого вкрай обмеженого бюджету, яку можуть собі дозволити найбільш забезпечені однопоколінні сім'ї, і більшу його частку порівняно з тією, яку виділяють на охорону здоров'я двопоколінні домогосподарства з дітьми (рис. 2).

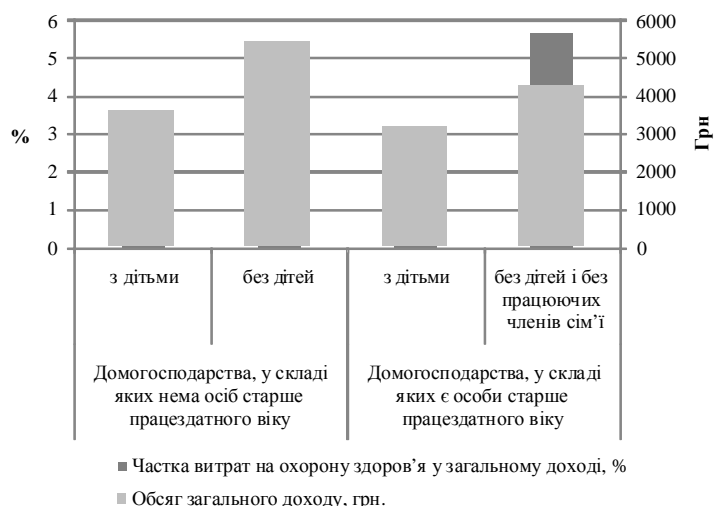


Рис. 2. Обсяг загального доходу домогосподарств та частка в ньому витрат на охорону здоров'я у розрахунку на 1 члена домогосподарства в Україні у 2009 р. (розрахунки автора за даними Всеукраїнського обстеження витрат і ресурсів домогосподарств у 2009 р.)

Дані рис. 2 стосовно сімей, до складу яких входять лише непрацюючі особи старше працездатного віку, підтверджують також той факт, що основний фінансовий тягар забезпечення медичного обслуговування беруть на себе самі хворі літні люди. Держава, переносячи медичне обслуговування літніх хворих у громаду, заощаджує на спеціалізованому харчуванні, необхідності пристосування приміщень під потреби літніх інвалідів, медичному обладнанні та фармацевтичних препаратах, що, власне, становить левову частку витрат на лікування літніх пацієнтів (рис. 3).

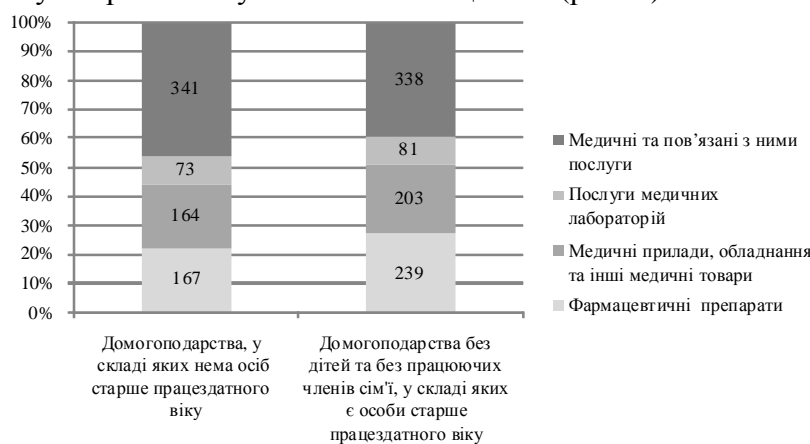


Рис. 3. Обсяги (у грн) та структура (у %) витрат на медичне обслуговування у домогосподарствах різного складу в Україні у 2009 р. (розрахунки автора за даними Всеукраїнського обстеження витрат і ресурсів домогосподарств)

Усі ці потреби задовольняються на кошти літнього хворого, його сім'ї або інших неформальних надавачів медичного обслуговування - членів територіальної громади. Зростання політичного та громадського інтересу до ідеї старіння у громаді означає, що територіальна громада стає основним просторовим і соціальним середовищем охороноздоровчої діяльності стосовно населення похилого віку.

Проте громада не є нейтральною передумовою для надання та споживання медичного обслуговування літніх людей. Вона вносить у це обслуговування свій фізичний, соціальний та емоційний контекст, надаючи нового сенсу взаєминам між формальними і неформальними учасниками лікувального процесу. Управлінським аспектом регулювання цих взаємин є забезпечення балансу моральної, фізичної та фінансової відповідальності за здоров'я літніх людей між формальною системою охорони здоров'я та неформальною мережею медико-соціальної допомоги усередині територіальної громади.

Висновки. Виходячи з наведеного слід зазначити, що основним завданням управління реструктуризацією медичного обслуговування населення похилого віку у сфері перенесення частини охороноздоровчих функцій у територіальну громаду є забезпечення механізму справедливого розподілу матеріального, фізичного і фінансового навантаження на формальні і неформальні структури медичного догляду за літніми членами громади. У цьому контексті важливою управлінською діяльністю є розробка та впровадження програм надання державної підтримки розвитку та функціонуванню у територіальних громадах мережі неформального медико-соціального догляду за хворими літніми людьми.

Перспективи подальших досліджень. Оскільки в управлінській теорії територіальна громада як середовище надання та споживання медичного обслуговування залишається ще не вивченою, подальший теоретичний і практичний пошук необхідно спрямувати на вивчення досвіду функціонування громади в такому контексті та аналізу шляхів і управлінських механізмів реструктуризації медико-соціальної допомоги з урахуванням цього досвіду.

Список використаних джерел

1. Гладун З. С. Адміністративно-правове регулювання повноважень органів місцевого самоврядування у сфері охорони здоров'я населення : матеріали Міжнар. наук.-практ. Інтернет-конф. "Правова держава: напрями та тенденції її розбудови в Україні" 24.02.2007 / З. С. Гладун. - Режим доступу : <http://www.lex-line.com.ua>
2. Солоненко І. М. Державна політика з охорони громадського здоров'я в Україні : навч. посіб. / І. М. Солоненко ; за ред. І. М. Солоненка, Л. І. Жаліло. - К. : Вид-во НАДУ, 2004. - 116 с.
3. Солоненко І. М. Управління організаційними змінами у сфері охорони здоров'я : монографія / І. М. Солоненко, І. В. Рожкова. - К. : Фенікс, 2008. - 276 с.
4. Рожкова І. В. Розвиток конкурентоспроможності регіонального управління у сфері охорони громадського здоров'я : монографія / І. В. Рожкова. - К. : Фенікс, 2009. - 384 с.