

О.Г. РОГОВА

ОСНОВНІ НАПРЯМКИ РЕФОРМУВАННЯ СИСТЕМИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ

Викладено основні напрями реформування системи охорони здоров'я України, що потребує змін. Критичне оцінювання цієї системи дозволяє дійти висновку, що всі реформи повинні базуватися на науково обґрунтованій стратегії державного управління галуззю.

The health care system reform is the main topic of this article. The Ukrainian health care system is supposed to be changed. The critical evaluation of the health care system allows to make a conclusion that all reforms of this system should be based on scientifically enhanced strategy of Public administration.

Необхідність реформування системи охорони здоров'я визнається як на рівні побутового розмірковування над проблемами вітчизняної медицини, так і на рівні наукового аналізу стану галузі охорони здоров'я. Чимало теоретиків та практиків охорони здоров'я замислюються над реаліями та перспективами функціонування галузі, пропонують шляхи вирішення нагальних завдань сучасної медицини в Україні. Серед таких дослідників З. Гладун, Р. Гревцова, Д. Карамішев, О. Мусій, В. Пашков, Я. Радиш та ін. Важко виокремити аспекти реформування охорони здоров'я, які в той чи інший період існування незалежної України не здобули б висвітлення в наукових публікаціях. Зокрема, серед пріоритетних напрямків системних перетворень у медицині розглядалися: реформування первинного рівня надання медичної допомоги на засадах сімейної медицини, поширення профілактичної роботи та пропаганди здорового способу життя, збільшення бюджетного фінансування охорони здоров'я, упровадження багатоканального фінансування галузі (у т.ч. за допомогою медичного страхування), розробка вітчизняних протоколів і стандартів для різних видів медичної допомоги, використання формулярів лікарських засобів, роздержавлення та приватизація медичних закладів, розвиток лікарського самоврядування та залучення медичної громадськості до процесів прийняття управлінських рішень, підвищення ефективності державного управління галузі, вдосконалення та систематизація чинного законодавства про охорону здоров'я.

Ще за радянських часів виникло розуміння необхідності змін у державному управлінні медициною, реформування охорони здоров'я: у 1988 р. у Львові вперше в колишньому СРСР було розпочато експеримент

з упровадження сімейної медицини в систему охорони здоров'я [7, с. 116]. З того часу ідеї щодо необхідності реформування первинного рівня надання медичної допомоги на засадах сімейної медицини поступово поширилися та були втілені в низці нормативно-правових актів. Основу запровадження сімейної медицини було закладено прийняттям постанови Кабінету Міністрів України “Про комплексні заходи щодо впровадження сімейної медицини в систему охорони здоров'я” від 20 червня 2000 р. № 989. Стратегічні напрямки її впровадження визначені в Концепції розвитку охорони здоров'я населення України, затвердженій Указом Президента України від 7 грудня 2000 р. № 1313/2000, як шлях перспективних системних змін у галузі [4]. З метою створення відповідних умов для впровадження засад сімейної медицини в діяльність закладів первинної медико-санітарної допомоги МОЗ України було розроблено і затверджено пакет нормативних документів, які регламентують технології впровадження сімейної медицини, зокрема дві постанови Кабінету Міністрів України та 29 наказів МОЗ України [Там само]. Про необхідність подальшої розбудови цього напрямку реформування галузі свідчать успіхи сільської сімейної медицини.

З поширенням сімейної медицини тісно пов'язаний інший перспективний шлях реформування всієї галузі: пропаганда здорового способу життя та зміна ціннісних орієнтирів в охороні здоров'я. Адже саме на первинному рівні є доречною та своєчасною профілактика захворювань. Саме сімейний лікар як лікар усієї родини володіє унікальною інформацією про стан здоров'я декількох поколінь однієї сім'ї (у т.ч. про спадкові та набуті захворювання) і може скласти оптимальну програму профілактики для конкретного пацієнта. Погодимось з тими дослідниками, які все голосніше закликають наше суспільство прислухатися до внутрішніх потреб – потреб активного ставлення до власного здоров'я. Навіть висококваліфікований лікар не в змозі вилікувати хворого, якщо він сам байдужий до якості власного життя. Тому не є перебільшенням вимога активної співпраці, координації зусиль двох головних суб'єктів лікувально-профілактичного процесу – лікаря і пацієнта. Вважаємо за необхідне для України запозичити кращий досвід санітарно-просвітницької діяльності на зразок економічно розвинутих країн: пропаганда здорового способу життя в соціальних популяціях людей, об'єднаних спільним укладом життя або специфікою праці; підтримка (у т.ч. і матеріальна) зацікавленості людини в збереженні власного здоров'я; створення індивідуальної програми профілактики захворювань для кожного тощо [3, с. 30].

Але не тільки первинний рівень надання медичної допомоги розглядається як привабливий з точки зору подальшого реформування. Нарешті і вторинна ланка медичної допомоги може отримати нові імпульси змін. Нещодавно у Харкові відбулась громадська презентація

пілотного проекту ЄС “Сприяння реформі вторинної медичної допомоги в Україні”. Проект, зокрема, має такі завдання: поширити здатність місцевих органів влади керувати реформою вторинного рівня; покращити моделі фінансового управління вторинною медичною допомогою; розробити та започаткувати на обласному рівні нову інфраструктуру лікарень; розробити та апробувати в Харківській області Національну стратегію підготовки керівних кадрів охорони здоров’я України [10, с. 2].

Уже загальноновизнаним напрямком якісного реформування медицини є запровадження багатоканального фінансування, яке дозволить вирішити багато економічних, організаційних, кадрових та технологічних проблем охорони здоров’я. Як варіанти залучення додаткових коштів розглядаються: перспективи введення загальнообов’язкового соціального медичного страхування, поширення практики діяльності “лікарняних кас”, створення суспільно-солідарного сектора. Останній є об’єднанням муніципальних медичних закладів, медичних підприємств і лікувальних установ інших організаційно-правових форм, а також приватно-практикуючих лікарів, пов’язаних між собою єдиним замкнутим лікувально-діагностичним технологічним процесом надання медичних послуг і єдиною системою фінансування з позабюджетних (страхових, суспільно-солідарних цільових фінансових і благодійних фондів) і комерційних джерел [5, с. 224-225].

Як один з варіантів практичної реалізації ідеї єдиного медичного простору пропонується запровадження державного замовлення на основі державного контракту для фінансування гарантованого рівня медичної допомоги, яка надається в недержавних медичних закладах різних форм власності [9, с. 79].

Тісно пов’язаною з фінансуванням галузі проблемою є її ресурсне забезпечення, і в першу чергу – забезпечення ефективними, доступними та безпечними лікарськими засобами та виробами медичного призначення. Сучасний стан функціонування вітчизняного ринку лікарських препаратів свідчить про наявність як позитивних тенденцій, так і негативних. Серед останніх: виготовлення та обіг фальсифікованих лікарських препаратів; непрозорі механізми тендерних закупівель лікарських засобів бюджетними установами охорони здоров’я; використання препаратів, зареєстрованих із застосуванням так званих експрес-методів, без проведення всього належного комплексу досліджень [6, с. 9].

Видається виправданим використання системи рецептурних формулярів, яка набула поширення на початку 80-х рр. XX ст. у розвинутих країнах Заходу для підвищення якості професійної діяльності лікарів. Під системою рецептурних формулярів розуміють індивідуалізований по відношенню до кожного пацієнта набір лікарських засобів відповідно до встановленого діагнозу, новітніх наукових даних клінічної фармакології, специфіки лікувально-діагностичного процесу [8,

с. 75]. Рецептурний формуляр свідомо обмежується необхідними, апробованими лікарськими засобами, які мають мінімальну побічну дію, доступну ціну, нешкідливість для пацієнта, встановлену за допомогою принципів доказової медицини. Важливим є той факт, що складання такого переліку лікарських засобів – рецептурного формуляру – має відбуватися на рівні конкретного закладу охорони здоров'я за активної участі медичних працівників – надавачів медичної допомоги. Постанова Кабміну України “Про затвердження Національного плану розвитку системи охорони здоров'я на період до 2010 року” як одне з важливих завдань визначає затвердження методики створення формулярів лікарських засобів [2]. Хочеться сподіватися, що затвердження такої методики (або іншого нормативного документа) забезпечить правове підґрунтя запровадження формулярної системи.

Згадана постанова Кабміну України серед пріоритетів розвитку системи охорони здоров'я називає розроблення та затвердження порядку контролю та управління якістю медичної допомоги, галузевої програми її стандартизації; розроблення нових та оновлення існуючих медичних стандартів і клінічних протоколів надання медичної допомоги на основі доказової медицини [Там само].

Однією з найближчих перспективних змін у галузі має бути “обґрунтування правових підстав для досягнення балансу між обсягом державних гарантій надання населенню безоплатної медичної допомоги та обсягом фінансування галузі охорони здоров'я” [Там само]. За таким обережним формулюванням, на нашу думку, криється достатньо сміливий крок до розмежування переліку фізіологічних та патологічних станів організму, за наявності яких пацієнт може розраховувати на державну підтримку у вигляді фінансування витрат на медичну послугу з бюджету, або – інший перелік відповідних станів організму людини, коли пацієнт має самостійно нести фінансовий тягар за отриману медичну послугу. У контексті існування Ст. 49 Конституції України, Рішення Конституційного Суду України щодо тлумачення ч. 3 зазначеної статті (рішення про безоплатну медичну допомогу) вказаний вище підхід є майже революційним.

На нашу думку, такий революційний крок є не тільки виправданим в умовах недостатнього бюджетного фінансування галузі, а цілком заслуговує на підтримку ще й з наступної причини. Гадаємо, що існування “подвійних стандартів” (декларування одних цінностей та реалізація інших) слугує тільки на користь явищам правового нігілізму та девальвації соціально орієнтованого державного управління в галузі охорони здоров'я. Невідповідність програм реформування медицини результатам їх здійснення та декларованим соціальним пріоритетам, яку можна було спостерігати як поточну практику останніх років, спричинила поступове розшарування двох головних зацікавлених груп лікувально-діагностичного процесу – пацієнтів та лікарів, фактично поставила їх по різні боки

“барикад”. Цю хибну практику, на нашу думку, можна поступово подолати, здійснюючи реформування галузі на підвалинах науково обґрунтованої зваженої стратегії державного управління, яке повинно спиратися на дієві правові механізми захисту прав пацієнтів і лікарів, інститути лікарського самоврядування та кращі досягнення світового менеджменту в охороні здоров’я.

Гадаємо, що теорія та практика державного управління медичною галуззю тісно пов’язана з якісними змінами правового регулювання охорони здоров’я. У першу чергу, на нашу думку, такі зміни мають стосуватися систематизації чинного законодавства та ліквідації прогалин, які сьогодні спричиняють невизначеність правових статусів як пацієнтів, так і лікарів. Важливу роль щодо реалізації соціально-спрямованого державного управління галуззю може і повинно відігравати медичне право, як комплексна галузь права, яка знаходиться у стадії формування. Зацікавленість держави у виокремленні та розвитку медичного права може бути додатковим вагомим аргументом на користь процесів реформування управління охороною здоров’я. Стратегія державного управління галуззю має відмовитися від принципу “політичної доцільності” та кон’юнктурних інтересів на користь щоденної реалізації в державному управлінні положень Конституції України, де зазначено, що “людина, її життя та здоров’я, честь і гідність, недоторканність та безпека є найвищою соціальною цінністю України” [1].

Література:

1. Конституція України: Прийнята на п’ятій сесії Верховної Ради України 28 червня 1996 р. (зі змінами, що внесено Законом України “Про внесення змін до Конституції України” від 8 грудня 2004 р. № 2222-IV // CD NAU.
2. Постанова Кабміну України “Про затвердження Національного плану розвитку системи охорони здоров’я на період до 2010 року” № 815 від 13 червня 2007 р. // <http://zakon1.rada.gov.ua>.
3. Давидович І.Є. Медико-соціальні аспекти проблеми здоров’я населення України // *Новости медицины и фармации*. – 2007. – № 19 (227). – С. 29-30.
4. Інформаційний центр сімейної медицини // <http://www.moz.gov.ua/ua/main/sitemap/>.
5. Карамішев Д.В. Концепція інноваційних перетворень: міжгалузевий підхід до реформування системи охорони здоров’я (державно-управлінські аспекти): Монографія. – Х.: Вид-во ХарРІ НАДУ “Магістр”, 2004. – 304 с. Бібліогр.: 135 назв.
6. Ліки за тендером: якість, безпечність, ціна // *Ваше здоров’я*. – 2008. – № 1. – С. 9.
7. Панорама охорони здоров’я населення України / А.В. Підасв, О.Ф. Возіанов, В.Ф. Москаленко та ін. – К.: *Здоров’я*, 2003. – 396 с.
8. Парфьонова І.І., Кабачний О.Г., Кабачна А.В. Використання

рецептурних формулярів лікарських засобів в практиці роботи сімейного лікаря // Економічні аспекти в управлінні охорони здоров'я: Матеріали наук.-практ. конф. з міжнар. участю (Вид. присвячується 80-річчю ХМАПО). – Х., 2004. – С. 74 – 76.

9. *Пащенко В.М.* Приватизація закладів охорони здоров'я як шлях виходу з кризи в галузі // Економічні аспекти в управлінні охорони здоров'я: Матеріали наук.-практ. конф. з міжнар. участю (Вид. присвячується 80-річчю ХМАПО). – Х., 2004. – С. 77 – 80.

10. Презентовано пілотний проект // Мед. газета. – 2008. – № 1 (221). – С. 2.

Надійшла до редколегії 1.02.2008 р.