

ФІНАНСОВА ДОСТУПНІСТЬ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я: ПРОБЛЕМИ ПРАВОВОГО СТАТУСУ ПАЦІЄНТІВ

THE FINANCIAL ACCESSIBILITY OF HEALTH CARE: THE PROBLEM OF THE LEGAL STATUS OF PATIENTS

Щирба М.Ю.,

кандидат юридичних наук,

асистент кафедри теорії та історії держави і права

Східноєвропейського національного університету імені Лесі Українки

Стаття присвячена питанню принципів правового статусу пацієнтів. Вказується на критерії доступності охорони здоров'я як основоположного принципу правового статусу цієї категорії осіб. Акцентовано увагу на фінансовій доступності.

Ключові слова: пацієнт, доступність, фінансова доступність, правовий статус, охорона здоров'я.

Статья посвящена вопросу принципов правового статуса пациентов. Указывается на критерии доступности здравоохранения как основополагающего принципа правового статуса этой категории лиц. Акцентировано внимание на финансовой доступности.

Ключевые слова: пациент, доступность, финансовая доступность, правовой статус, здравоохранение.

The article deals with the principles of the legal status of patients. Specifies criteria for access to health care as a fundamental principle of the legal status of this category of persons. The attention is focused on financial availability.

Key words: patient access, availability of financial, legal status, health.

Постановка проблеми. Доступність охорони здоров'я виступає одним з основоположних принципів правового статусу пацієнта. Принцип доступності охорони здоров'я визначається у багатьох міжнародних документах (Загальна декларація прав людини, Міжнародний пакт про економічні, соціальні і культурні права, Статут (Конституція) Всесвітньої організації охорони здоров'я). Регіональні міжнародні акти також підтверджують принцип доступності як один з основних та обов'язкових у сфері захисту прав пацієнтів (Європейська соціальна хартія (переглянута); Декларація про політику в царині дотримання прав пацієнта в Європі, Пропозиції Комітету Міністрів державам-учасницям для покращення розподілу медичної допомоги в лікарнях і поза лікарнями № R (80) 15, Європейська хартія прав пацієнтів). Також декларується цей принцип в національному законодавстві.

Однак на практиці залишається багато проблем, що створює недоступність медичної допомоги та інших видів медичних послуг, лікарських засобів для пересічних громадян. Вказане зумовлює потребу наукового аналізу та дослідження поняття фінансової доступності як домінуючого критерію для доступності охорони здоров'я.

Стан опрацювання. Безумовно, проблеми прав пацієнтів мають резонансний характер і є предметом дослідження у низці наукових доробок як в галузі юриспруденції, так і в межах суміжних наук. Більшість проблем розглядається з погляду галузевого правознавства, зокрема новизною відзначаються наукові доробки І. Венедіктова, Д. Гергеля, С. Стеценко, І. Сенюти, В. Третякової. Однак розгляд проблеми доступності охорони здоров'я саме з погляду фінансової доступності потребує ґрунтовнішого ана-

лізу та комплексного підходу з погляду загальнотеоретичної юриспруденції.

Метою статті є аналіз фінансової доступності охорони здоров'я як принципу правового статусу пацієнтів у демократичній, правовій державі.

Виклад основного матеріалу. Декларація про медичну допомогу, орієнтовану на пацієнта, визначає принцип доступності та підтримки. Під доступною медичною допомогою розуміються безпечні, якісні й адекватні послуги, види лікування, профілактики та медичної просвіти. Необхідно забезпечити всім пацієнтам доступність послуг незалежно від їхнього стану й соціально-економічного статусу. Отже, розглядається доступність через критерії комплексності медичних послуг, професійності та економічної доступності [1].

У свою чергу, Всесвітня медична асамблея у «Положенні про доступність медичної допомоги» визначає доступність медичної допомоги як багатомірне поняття, яке включає баланс багатьох факторів в рамках жорстких практичних обмежень, які обумовлені ресурсами і можливостями держави. Ці фактори включають кадри, фінансування, транспортні засоби, свободу вибору, громадську грамотність населення, якість і розподіл технічних ресурсів. Тобто, окрім вищевказаних критеріїв, визначається вагомим критерій інформаційної доступності, що давав би можливість робити «свідомий вибір відносно їх особистого здоров'я і правильного використання як самопомоги, так і професійної допомоги» [2].

Вказане зумовлює наукову доцільність розгляду окремих критеріїв принципу доступності, оскільки порушення хоча б одного з них створює проблеми для реалізації прав та свобод пацієнтів у сфері охо-

рони здоров'я. Таке дослідження, як нам відомо, ще не було предметом розгляду фахівців у галузі права.

Отже, контент-аналіз нормативних актів міжнародного та вітчизняного законодавства дає нам можливість встановити, що принцип доступності включає такі критерії: фінансовий, територіальний, професійний та інформаційний. Найважливішим, на нашу думку, є фінансовий критерій, оскільки його порушення, відповідно, спричиняє порушення всіх інших критеріїв доступності охорони здоров'я.

Фінансовий критерій доступності передбачає рівний доступ до якісного обслуговування незалежно від економічної знатності оплатити медичні послуги, включаючи комплексне, ефективне та безпечне медичне обслуговування.

Правова політика держави у сфері охорони здоров'я, а отже, й субординований нею фінансовий статус пацієнта залежать від економічних факторів розвитку держави, суспільства та особистого фінансового статусу пацієнта та його сім'ї. Варто погодитися з С. Федько в тому, що на рівень фінансової доступності медичних послуг впливає багато факторів, зокрема економічний стан розвитку країни, що виявляється у величині ВВП на душу населення, наявність і розвиненість певних інституцій, державні гарантії щодо обов'язковості та безоплатності надання пільгової категорії населення відповідного медичного обслуговування, розгалуженість мережі лікувально-профілактичних і фармацевтичних закладів, вартість медичних послуг, величина заробітної плати населення тощо [3, с. 223].

Фінансовий критерій є відображенням ступеня соціальної захищеності громадян, захисту та можливості реалізації їх соціальних та економічних прав. «Серед нагальних соціальних потреб населення будь-якої країни провідне місце належить медичним, тобто тим, що пов'язані із можливостями своєчасно отримати медичну допомогу, придбати ліки чи необхідне медичне приладдя» [4]. ВООЗ вказує, що «очевидні вагомні докази того, що групи населення, які знаходяться в несприятливому положенні, мають менші шанси на виживання і їх представники помирають в більш молодому віці, ніж члени груп, які знаходяться в більш сприятливих умовах» [5].

Криза державності, військово-політична та економічна ситуація, глобальна економічна криза спричинили погіршення всіх видів соціального забезпечення громадян України, у тому числі у сфері охорони здоров'я. За даними державної служби статистики України, 97,5% домогосподарств вказали що за 2015 рік не могли придбати необхідні ліки саме за їх високої вартості, показник спроможності придбання медичного приладдя становить 94,1%. Респонденти також вказують на неможливість відвідати потрібного лікаря через надто високу вартість послуг 79% домогосподарств України, а якщо говорити про стоматолога, то показник особливо вражаючий – 97,3% [6]. Вказане ілюструє колізійність правової практики і міжнародних принципів, які чітко визначають, що

«кожній людині, яка потребує допомоги, не може бути відмовлено через те, що вона не може заплатити» [2].

Фінансова доступність домінантно визначається тим методом, що обраний національною державою для фінансування системи охорони здоров'я. Стаття 49 Конституції України декларує безоплатність медичної допомоги. Проте неспроможність забезпечити належний рівень медичних послуг не державному рівні зводить нанівець таку норму Основного Закону. Вказане призводить до процвітання неформальних платежів у сфері охорони здоров'я. З одного боку, вони забезпечують начебто можливість отримання доступу до більш якісної та фахової медичної допомоги, передбачають більшу увагу з боку медичного персоналу та вирішують проблему фінансового становища медичних працівників. Проте на державному рівні неформальні платежі позбавляють можливості отримання коштів до державного бюджету, що створює перепони для оновлення інституційної складової сфери охорони здоров'я, породжує значну економію у цій галузі. Окрім того, неформальні платежі формують стан, при якому порушується принцип рівності правового статусу пацієнтів, дискримінацію їх за критерієм фінансової спроможності.

Також заклади, які запроваджують «офіційні сплати», які насправді є квазіформальними платежами й здебільшого представлені «благодійними внесками» в Україні, не враховують відсутності платоспроможності чи інших вікових, професійних особливостей пацієнтів, що не дає змоги «вирівняти» шанси на отримання допомоги, тоді як формальні політики, розроблені на державному рівні, виключають повністю чи частково деякі вразливі групи пацієнтів, для яких плата за медичну допомогу може призвести до зубожіння [7]. Тут слід говорити про такі категорії пацієнтів: неповнолітні, інваліди, непрацездатні, пенсіонери, хворі зі специфічними діагнозами тощо.

Критичним є те, що проблема неформальних платежів породжує безправність пацієнта, який позбавлений можливості захистити себе від протиправних дій медичних працівників, органів охорони здоров'я. Відсутність відносин, що здійснюються у правовому вимірі, не тягне за собою можливостей захисту та охорони прав та свобод пацієнта та радикально знижує рівень охорони його життя та здоров'я.

Тому необхідна значна зміна як у правовому регулюванні так і в ментальному національному сприйнятті. Політика у сфері охорони здоров'я повинна перетворити неформальні платежі «з кишені» пацієнта на основне джерело доходу органів охорони здоров'я. Потребує реформи вся система охорони здоров'я. «Системи, які з самого початку базуються на прямій оплаті, винагородах за послуги і на добровільних приватних системах страхування, є, як правило, найбільш несправедливими з точки зору економічної доступності, тому що значні верстви населення неспроможні оплатити послуги, яких вони потребують. Ці системи страхування, як пра-

вило, забезпечують дуже обмежений обсяг дорогих хронічних станів і заходів – тривала медико-санітарна допомога особам похилого віку. Відповідно, ці приватні системи необхідно доповнювати системами державного фінансування для менш привілейованих груп» [8, с. 51–52].

Корисним для вітчизняної системи права, на нашу думку, буде досвід Болгарії, яка з 2000 року запровадила соціальне медичне страхування. Ця країна також законодавчо встановила формальні платежі пацієнтів з метою збільшення ефективності при споживанні медичної допомоги (обмеження необґрунтованого споживання медичних послуг). Так, при споживанні допомоги на первинній ланці формальна сплата становить 1% від мінімальної заробітної плати за місяць, яка щорічно встановлюється урядом Болгарії, та 2% при стаціонарному лікуванні за перші десять днів госпіталізації, тоді як швидка допомога лишилася безоплатною [9, с. 90]. Такий підхід, на нашу думку, з одного боку, оптимально забезпечує можливість отримання невідкладної медичної допомоги, а з іншого боку, передбачає страхування від фінансових витрат, які будуть занадто високими для економічного становища пацієнта.

Питання запровадження страхової медицини є предметом окремого комплексного дослідження та потребує особливої уваги теоретиків та практиків. Проте аналіз фінансового стану фінансової доступності охорони здоров'я ілюструє нагальну потребу радикальної реформи у цій сфері. Пункт 6 Пропозиції Комітету Міністрів державам-учасницям для покращення розподілу медичної допомоги в лікарнях і поза лікарнями № R (80) 15 закликає вдосконалити систему охорони здоров'я так, щоб «гарантувати пацієнту простий доступ до першої медичної допомоги без суттєвих фінансових затрат» [10].

Вагомим питанням є межі фінансової доступності, оскільки перевищення фінансових меж для одного пацієнта створює невиправдану економію для іншого. Існує ряд медичних процедур та засобів, які служать допоміжними технологіями і суттєво не можуть вплинути на стан здоров'я пацієнта, окрім цього вони відзначаються дорожнечою. Мадридська декларація про професійну автономію і самоуправління, що прийнята Всесвітньою медичною асамблеєю, встановлює заборону дій, при яких «необґрунтоване використання медичної техніки призвело до збільшення вартості медичної допомоги до такого рівня, що вона стане недоступною для пацієнтів, які її потребують» [11]. Обов'язком лікаря міжнародні норми визначають також активне сприяння зменшенню вартості лікування, при цьому встановлюючи основний критерій для визначення меж

фінансових витрат на медичну допомогу – «найважливішим обов'язком його є представлення інтересів хворих і травмованих (всупереч вимогам суспільства зменшити витрати), щоб не створити небезпеку здоров'ю пацієнта або його життя» [12]. Отже, саме обов'язком медичного персоналу є визначення можливостей для мінімізації витрат на медичні послуги таким чином, щоб повною мірою забезпечити повноцінну та професійну допомогу.

Міжнародний кодекс медичної етики задекларував, що лікар не повинен дозволяти фінансовим інтересам впливати на вільне і незалежне виконання професійних рішень в інтересах пацієнтів [13]. Водночас питання фінансової доступності також необхідно досліджувати через призму економічного забезпечення медичного персоналу. Сьомий із Дванадцяти принципів організації охорони здоров'я для будь-якої національної системи охорони здоров'я [14] визначає, що повинна бути гарантована моральна, економічна та професійна незалежність лікаря. Належне економічне забезпечення створює можливості для удосконалення знань медичного персоналу, саморозвитку, впровадження інноваційних засобів у медичну практику, підвищення рівня професійних технологій тощо.

Висновки. Фінансовий критерій доступності передбачає рівний доступ до якісного обслуговування незалежно від економічної знатності оплатити медичні послуги, включаючи комплексне, ефективне та безпечне медичне обслуговування.

Фінансовий критерій є відображенням ступеня соціальної захищеності громадян, захисту та можливості реалізації їх соціальних та економічних прав. Критичний рівень фінансової доступності охорони здоров'я негативно впливає на загальний стан здоров'я громадян держави, спричиняє проблеми раннього старіння, поширення епідемій, зниження працездатності громадян, зменшення рівня народжуваності, що спричиняє демографічну кризу та ще й цілий ряд інших фатальних факторів. Низький рівень оплати праці та безробіття є основною причиною фінансової недоступності. Тому необхідна комплексна правова політика, що б сприяла як трансформації сфери охорони здоров'я, так і запровадження реально діючої системи страхової медицини на фоні покращення загальної економічної ситуації.

Доведено, що основним чинником, який визначає межі фінансових витрат на медичну допомогу, є інтерес хворих. Отже, саме обов'язком медичного персоналу є визначення можливостей для мінімізації витрат на медичні послуги таким чином, щоб повною мірою забезпечити повноцінну та професійну допомогу.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ:

1. Декларація про медичну допомогу, орієнтовану на пацієнта / Міжнародний альянс організацій пацієнтів (МАОП) [Електронний ресурс]. – Режим доступу : www.patientsorganizations.org.
2. Положення щодо доступності медичної допомоги / Всесвітня медична асоціація; Міжнародний документ від 1 вересня 1988 року [Електронний ресурс]. – Режим доступу : http://zakon5.rada.gov.ua/laws/show/990_030.
3. Феденько С. Фінансова доступність медичних послуг / С. Феденько // Українська наука: минуле, сучасне, майбутнє. – 2014. – Вип. 19 (2). – С. 223–228.
4. Заяць Г. Доступність медичних послуг у системі державних пріоритетів / Г. Заяць // Економіка та держава. – 2012. – № 11. – С. 80–82.

5. Принципи рівності в питаннях охорони здоров'я // Права людини в системі взаємовідносин «лікар – пацієнт» в відкритому суспільстві. – К. : Медицина України, 2000. – С. 115–132.
6. Статистичний збірник «Самооцінка населенням стану здоров'я та рівня доступності окремих видів медичної допомоги» [Електронний ресурс]. – Режим доступу : http://www.ukrstat.gov.ua/druk/publicat/kat_u/publdomogosp_u.htm.
7. Paying in formally in the Albanian health care sector: a two-tiered stochastic frontier model / [S. Tomini, W. Groot, M. Pavlova] // European Journal of Health Economics. – 2012. – № 13. – P. 777–788.
8. Dahlgren G. Політика і стратегія забезпечення справедливості в питаннях охорони здоров'я / G. Dahlgren, M. Whitehead // Права людини в системі взаємовідносин «лікар – пацієнт» в відкритому суспільстві. – К. : Медицина України, 2000. – С. 48–62.
9. Неформальні платежі пацієнтів медичних закладів в Україні та Болгарії / [Т. Степурко, М. Павлова, І. Грига, С. Оксамитна, В. Гроот] // Наукові записки НаУКМА. Соціологічні науки. – 2013. – Т. 148. – С. 83–93.
10. Рекомендація Комітету міністрів державам-учасницям стосовно покращення розподілення медичної допомоги в лікарнях і поза лікарнями / Рада Європи, Міжнародний документ від 14 листопада 1980 року № R (80) 15 [Електронний ресурс]. – Режим доступу : http://zakon5.rada.gov.ua/laws/show/994_076.
11. Мадридська декларація стосовно професійної автономії та самоуправління / Всесвітня медична асоціація; Міжнародний документ від 1 жовтня 1987 року [Електронний ресурс]. – Режим доступу : http://zakon3.rada.gov.ua/laws/show/990_025.
12. Декларація стосовно незалежності та професійної свободи лікаря / Всесвітня медична асоціація, Міжнародний документ від 30 жовтня 1986 року [Електронний ресурс]. – Режим доступу : http://zakon5.rada.gov.ua/laws/show/995_326.
13. Міжнародний кодекс медичної етики / 6 Всесвітня медична асоціація; Міжнародний документ від 1 жовтня 1949 року [Електронний ресурс]. – Режим доступу : http://zakon4.rada.gov.ua/laws/show/990_002.
14. Дванадцять принципів організації охорони здоров'я для будь-якої національної системи охорони здоров'я / Всесвітня медична асоціація; Міжнародний документ від 1 жовтня 1963 року [Електронний ресурс]. – Режим доступу : http://zakon3.rada.gov.ua/laws/show/990_004.