

ІННОВАЦІЙНІ СКЛАДОВІ РОЗВИТКУ СИСТЕМИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ

INNOVATIVE COMPONENTS OF HEALTH CARE SYSTEM OF UKRAINE

Олександр КОРНІЙЧУК,
кандидат економічних наук,
Інститут демографії та соціальних досліджень
ім. М.В. Птухи НАН України, Київ



Oleksandr KORNIYCHUK,
PhD in Economics,
Institute for Demography and Social Studies
named after M. V. Ptukha, NAS of Ukraine, Kyiv

Основним питанням при оцінці діючої системи охорони здоров'я є дієвість пошуку інноваційних підходів, які дозволили б поступово досягти значного і стійкого скорочення витрат. Це стосується розробки та впровадження нових підходів до профілактики лікування хвороб, нових способів надання медичних послуг та здешевлення методів лікування. Зазначене завдання можна вирішити шляхом запуску такої рушійної сили безперервного підвищення якості і скорочення витрат, як інновація. Для цього в кожному виді надання медичної допомоги і в кожному закладі необхідно сформулювати умови для застосування стимулів щодо впровадження постійних інновацій. Інновації, які стимулюються жорсткою конкуренцією є ключем до успішних реформ у сфері охорони здоров'я [1, с. 417-418]. Визначальною ланкою має стати турбота центральних та місцевих органів влади стосовно економічно і соціально обґрунтованої вартості надання конкретної медичної послуги та лікування за конкретною нозологією. Ознакою продуктивної конкуренції має стати зниження цін на медичні послуги при надлишковій пропозиції та попиту на медичні послуги за умов широкого застосування сучасних медичних технологій.

При цьому важливим є створення належного інституційного середовища для формування попиту громадян на інноваційні пропозиції надання медичних послуг, які базуються на розвитку сімейної медицини.

Зазначений підхід протягом останніх 20 років був успішно впроваджений у Європі. Це стосується діючих двох моделей систем охорони здоров'я. Одна з них фінансується із податків, а друга – на основі страхування.

Щодо перших двох моделей урядами передових країн проведено заходи щодо заохочення конкуренції, розширення сегменту послуг і протидії високій вартості робіт і послуг.

Третя модель – Семашка [2], яка була характерна для країн Центральної та Східної Європи, за рахунок проведених реформ (крім України) щодо децентралізації управління системою охорони здоров'я, введення нових форм фінансування, в тому числі на базі пріоритетного розвитку ПМСД, страхування, незалежних практикуючих спеціалістів, комбінування подушної оплати і матеріального заохочення послуг

дозволила суттєво покращити якість та доступність медичних послуг.

Це призвело (в пакеті з проведенням реформ у соціальній сфері) до збільшення тривалості життя громадян.

На пострадянському просторі, в тому числі і в Україні, продовжує діяти «модель Семашка». В її основі лежить кошторисний метод фінансування установ, монополізм комунальних лікарень, поліклінік у наданні послуг, відсутність відповідальності за якість надання послуг конкретному пацієнту. Причиною цього є розпорошеність надання послуг ПМСД значною кількістю вузько-спеціалізованих спеціалістів.

Наприкінці ХХ ст. відбулось формування концепції людського розвитку, яка стала критерієм прогресу суспільства на основі прав та свобод громадян [3-5].

Важливою складовою зазначеної концепції, на наш погляд, має бути розвиток особистості, який ґрунтується на створенні умов щодо розкриття фундаментальних ментальних рис українства. До них належить: духовність, віра в перспективу і велич власної держави, індивідуалізм, господарність, повага до приватної власності, розрахунок тільки на власні сили.

Тобто для громадян України основою є розвиток і збереження власними силами зазначених цінностей. Відсутність блокування власною та сусідніми державами умов щодо самореалізації громадян України є основою суспільної інтеграції. Нав'язування як більшістю вітчизняних, так і сусідньої держави ЗМІ конфліктних для свідомості українців таких ментальних цінностей, як колективізм, поклоніння перед владою, плекання надій на її турботу із соціальних питань, є ключовим дезінтегруючим чинником. Це створює у внутрішньо-особистісному духовному і психологічному середовищі особистості постійно діючий конфліктний потенціал. Він не мотивує до зайняття активної життєвої позиції щодо самореалізації, досягнення своїх законних прав на свободу.

Як наслідок, у такої особистості відсутні достатні мотивації для підтримання здорового способу життя як базової цінності для самореалізації та розвитку. При цьому в інформаційному просторі й на побутовому рівні досить проблематичним для громадянина є доступ до якісної та

Задоволення потреб громадян в якісній і доступній медичній допомозі залежить від функціонування економічної системи держави і сфери охорони здоров'я, а також ефективності політичного управління ними з боку Президента України, Кабінету Міністрів України, Міністерства охорони здоров'я та управління охорони здоров'я на місцях. Дуже важливим чинником є дієвість взаємодії економічної системи і політичного управління щодо раціонального використання обмежених людських і фінансових ресурсів системи охорони здоров'я. У статті на основі аналізу результатів впровадження моделей функціонування систем охорони здоров'я передових країн розкриті напрями її розвитку в Україні. Їх інноваційність полягає в тому, що необхідно запроваджувати системний підхід політичного керівництва країни до створення соціально-економічних умов, які стимулювали б громадян до підтримання здорового способу життя й формуванні попиту на пріоритетне отримання медичної допомоги від сімейного лікаря.

Satisfaction of needs in qualitative and affordable health care is dependent on economic system functioning of the state and health care system and the effectiveness of political governance of the President of Ukraine, the Cabinet of Ministers of Ukraine, the Ministry of Health and health departments at the local level. A very important factor is the effectiveness of the interaction of economic system and political governance for the rational using of limited human and financial resources of the health system. In this article the directions of health care system development in Ukraine is disclosed by analysing results of the implementation models of health care system functioning in advanced countries. Their innovativeness is that we need a systematic approach of country's political leadership to create socio-economic conditions that would encourage people to maintain a healthy lifestyle and form demand for priority receiving medical care from a family doctor.

різнопланової інформації, яка мотивувала і сприяла б ефективній самореалізації особистості.

Якщо громадянин на базі достатньої власної економічної та медичної культури почне краще усвідомлювати особисті дії та рішення центральної та місцевої влади, він отримає реальну можливість оцінити відповідність середовища до самореалізації. Це і буде конкретним його кроком на шляху зі створення громадянського суспільства.

Свідомий і освічений громадянин є базою для розвитку власної сім'ї, установи де працює, району, регіону та держави у цілому. Це дозволить йому згуртуватись і змусити владу до об'єднання дій з громадою при розробці та впровадженні регуляторних заходів, у першу чергу у сфері охорони здоров'я, освіти, зайнятості та демографічної політики.

Від центральної і місцевої влади необхідно домагатися створення умов для реалізації зазначених прав громадян – насамперед у політичній, економічній і соціальній сферах. Особливо це стосується дотримання прав власності та максимальне сприяння інформатизації суспільства.

При переході на реальну ринкову оплату праці громадянин із об'єкта трудових відносин стане суб'єктом. Це дозволить йому бути свідомим платником податків і платежів для обов'язкового й добровільного медичного страхування з метою отримання якісної та доступної медичної допомоги й послуг.

Стратегія розвитку системи охорони здоров'я на базі пріоритетного розвитку первинної медико-санітарної допомоги визначена тридцять три роки тому на Алма-Атинській конференції, організованій Всесвітньою організацією охорони здоров'я (ВООЗ) [6]. Впровадження її принципів у передових країнах дозволило суттєво подовжити тривалість життя громадян.

При цьому слід зазначити, що у країнах ЄС 60% інвестицій в основний капітал складають вкладення коштів у людський капітал (освіту, охорону здоров'я, соціальне забезпечення) [7, с. 10; 8]. В Україні цей показник значно менший.

Основа системи охорони здоров'я європейських країн становить первинна медико-санітарна допомога, ядром якої є загальна практика сімейної медицини. В Україні ж проходять зворотні процеси і загальна практика сімейної медицини практично знаходиться на початковому етапі розвитку. При цьому в центрі системи охорони здоров'я України знаходяться заклади, а не людина – лікар та пацієнт.

Прийнятна для України концепція підтримання здоров'я на базі розвитку широкої та соціальної міжгалузевої стратегії розвитку первинної медико-санітарної допомоги, як зазначалось вище, розроблена та затверджена ВООЗ більше трьох десятиків років тому [6].

Вона передбачає, що первинна медико-санітарна допомога заснована на науково обґрунтованих і практично прийнятних методах і технологіях. Вони стають доступними для широкого загалу. Зазначене стосується як окремих осіб, так і сімей на місцях завдяки їх повній участі у цій роботі при витратах, які виправдані як для громади, так і для країни в цілому на кожному етапі розвитку для забезпечення їх самовизначення і самостійності у вирішенні питань медико-санітарного обслуговування [6].

ПМСД є першою сходинкою в контакті між окремою сім'єю, особою, громадою і національною системою охорони здоров'я, яка максимально наближає медичну допомогу до місць проживання/роботи і утворює перший елемент непереривного процесу охорони здоров'я [6].

Фахівцями ВООЗ визнані шість актуальних принципів ПМСД: самозабезпеченість; участь населення; міжсекторальне співробітництво; інтеграція служб охорони здоров'я; посилення уваги до груп високого ризику; використання раціональних технологій [9, с. 9].

При цьому зазначено, що ПМСД – визначення набагато ширше, ніж просто медична допомога. Існує чіткий взаємозв'язок між

охороною здоров'я та іншими аспектами соціально-економічного розвитку, а також важливістю міжсекторального співробітництва [9, с. 49]. Було зазначено, що вартість обслуговування населення старше 60 років у порівнянні з дитиною є у 1,5-3 рази вищою [9, с. 48].

Сутність системи охорони здоров'я визначається не тільки її учасниками, а й рівнем взаємовідносин між ними. У передових країнах у системі охорони здоров'я виділяють наступних учасників:

- споживачі послуг (пацієнти);
- надавачі послуг (насамперед першого рівня);
- фінансові механізми (бюджетні, страхові);
- уряд;
- місцева влада;
- середовище (рівень конкуренції, прозорості).

Сенс взаємодії учасників системи охорони здоров'я полягає у створенні системи надання якісних первинних послуг пацієнту. Тобто спрямування його (за необхідності) оптимальним шляхом до надання послуг спеціалізованого рівня, сплата пацієнтом податків та послуг і підтримання центральним урядом та місцевою владою сприятливого середовища.

ВИСНОВКИ

Інноваційними напрямками розвитку системи охорони здоров'я є створення соціально-економічних умов, які стимулювали б громадян до підтримання здорового способу життя й формування попиту на пріоритетне отримання медичної допомоги від сімейного лікаря, сприяли розвитку реального конкурентного середовища між юридичними особами – надавачами медичної допомоги. Це дозволить забезпечити належну якість та знизити вартість медичних послуг.

Основними критеріями життєвості системи охорони здоров'я має стати якість і своєчасність інформування громадян про здоровий спосіб життя, шляхи профілактики захворювань і отримання якісної та доступної медичної допомоги. Важливим є відчуття власної гідності та задоволеності перспективами отримання при потребі доступної та ефективної медичної допомоги.

ЛІТЕРАТУРА

1. Портер Майкл. Конкуренція / Майкл Портер. – пер. з англ. – СПб.: Вільямс, 2000. – 495 с.: іл.
2. Marrée, J. and Groenewegen, P.P. (1997). *Back to Bismarck: Eastern European Health Care System in Transition*. Aldershot: Avebury.
3. Fukuda-Parr, Sakiko. "Human Rights Based Approach to Development – Is it Rhetorical Repackaging or a New Paradigm?" *HD Insights, HDR Networks, Issue 7, 2007*.
4. 'Human Rights, Health and Poverty Reduction Strategies', *Health and Human Rights Publication Series, No. 5, WHO, 2005*.
5. *Poverty Reduction and Human Rights. A Practice Note*. – NY, UNDP, 2003.
6. Первичная медико-санитарная помощь. Алма-Ата, 1978. «Отчет о международной конференции по первичной медико-санитарной помощи Алма-Ата, СССР, 6-12.09.1978 г.», Всемирная организация здравоохранения, Женева, 1978. – С. 106.
7. Сіденко С.В. Соціальний вимір ринкової економіки. – К.: Вид. Центр "Київ. ун-т", 1998. – 248 с.
8. Статистичний щорічник України за 2000 рік / Державний комітет статистики України; [ред. О.Г. Осауленко]. – К.: «Техніка», 2001. – 597 с.
9. «Первичная медико-санитарная помощь в промышленно-развитых странах». Отчет о совещании ВОЗ, Бордо, 14-18.11.1983. ВОЗ, 1987. – 64 с.

REFERENCES

1. Porter M. *Konkurentsya [Competitiveness]*. Saint-Petersburg, Vil'yams, 2000, 495 p. [in Russian].
2. Marrée, J., Groenewegen, P.P. *Back to Bismarck: Eastern European Health Care System in Transition*. Aldershot, Avebury, 1997.
3. Fukuda-Parr Sakiko. "Human Rights Based Approach to Development – Is it Rhetorical Repackaging or a New Paradigm?" *HD Insights, HDR Networks, issue 7, 2007*.
4. *Human Rights, Health and Poverty Reduction Strategies*. *Health and Human Rights Publication Series, no. 5, WHO, 2005*.
5. *Poverty Reduction and Human Rights. A Practice Note*. NY, UNDP, 2003.
6. *Pervichnaya mediko-sanitarnaya pomoshh' [Primary medical care]*. Alma-Ata, 1978, "Otchet o mezhdunarodnoj konferencii po pervichnoj mediko-sanitarnoj pomoshhi Alma-Ata", USSR, 106 p. [in Russian].
7. Sidenko S.V. *Sotsial'nyy vymir rynkovoy ekonomiky [The social dimension of the market economy]*. Kyiv, Vyd. Tsentr "Kyiv. un-t", 1998, 248 p. [in Ukrainian].
8. *Statistical Yearbook of Ukraine for 2000*. State Statistics Committee of Ukraine. Kyiv, "Technology", 2001, 597 p.
9. *Pervichnaya mediko-sanitarnaya pomoshh' v promyshlennno-razvitykh stranah ["Primary health care in industrialized countries"]*. Otchet o soveshhanii VOZ, Bordo, 1987, 64 p. [in Russian].