

ЗМЕНШЕННЯ НЕСПРАВЕДЛИВОСТІ В ОХОРОНІ ЗДОРОВ'Я: ПОПУЛІЗМ, ПРАГМАТИЗМ ЧИ СУСПІЛЬНИЙ КОНСЕНСУС?

У статті охарактеризовано сучасні підходи до забезпечення справедливості в охороні здоров'я, зокрема, концепції «універсального покриття» та «гарантованого пакета» безоплатної медичної допомоги, які пропонує Всесвітня організація охорони здоров'я (ВООЗ). Визначено, що в Україні соціальні гарантії в сфері охорони здоров'я практично не виконуються і населення не відчуває соціально захищеним. Фахівці не мають узгодженого бачення щодо обсягів безоплатної медичної допомоги та пріоритетних соціальних груп.

Ключові слова: соціальна справедливість, охорона здоров'я, «гарантований пакет» безоплатної медичної допомоги.

Постановка проблеми

Соціальна справедливість належить до тих понять, довкола яких точаться запеклі дискусії серед теоретиків і практиків різних сфер суспільного життя. Соціальна справедливість як одна з ключових цінностей соціальної держави стала предметом дослідження праць багатьох інтелектуалів. Такі дослідники, як Н. Гінзбург, К. Поппер, Г. Рітгер, Дж. Роулз, Ф. Хайєк, Л. фон Штайн, Д. Юм присвятили свої дослідження пізнанню цього концепту з погляду правових норм, морально-етичних засад та як суспільної цінності. У вітчизняній літературі дослідження, присвячені вивченню соціальної справедливості, знаходимо у А. Гриненка, В. Давидовича, Н. Литвиненко, Е. Лібанової, П. Рабіновича та ін.

Охорона здоров'я не становить виняток. Зокрема, у роботах вітчизняних науковців (О. Василик, А. Величко, А. Голяченко, Н. Губар, Т. Педченко, М. Поліщук, Я. Радиш, Н. Ярош та ін.) часто порушується проблема розвитку системи соціальних гарантій в охороні здоров'я. Водночас ці роботи переважно зосереджені на досить конкретних питаннях організації надання медичних послуг та позбавлені ширшої суспільно-політичної перспективи у баченні проблематики соціальної справедливості в охороні здоров'я. Це й зумовлює цінність цього дослідження та його практичне значення.

Аналіз останніх публікацій

Дж. Раджер [17], дослідниця права на здоров'я та питань соціальної несправедливості у світі, запропонувала «парадигму можливостей забезпечення здоров'я» (health capability para-

digm), яка виходить із ідеї забезпечення вільного доступу до засобів, що здатні запобігти захворюваності та передчасній смерті. Ця парадигма є поєднанням філософських, соціальних та політичних підходів і практик, що можуть надати переконливі аргументи для всього суспільства й створити системи задля досягнення кращих можливостей для здоров'я. Дослідниця пропонує широке трактування «основних драйверів» здоров'я, до яких вона відносить медичний догляд, превентивні та запобіжні заходи, чисте повітря, безпечну питну воду, а також поживну їжу.

Дж. Раджер порушує питання розподілу ресурсів – від багатих до бідних, від здорових до хворих. Однак відповідно до візії авторки соціальна справедливість в охороні здоров'я – це не стільки ресурси, як конкретні люди з їхніми особистими проблемами. Тому соціально справедлива охорона здоров'я – та, де в центрі системи перебуває забезпечення потреб пацієнта, вирішення його особистих проблем, пов'язаних зі здоров'ям.

Інший науковець, Н. Денієлс [11], обмірковуючи проблему соціальної справедливості у сфері охорони здоров'я, шукає відповіді на три запитання.

1. У чому полягає особливість охорони здоров'я і чому вона претендує на особливість? У більшості країн доступ до охорони здоров'я забезпечений справедливіше, ніж доступ до інших суспільних благ, однак довкола охорони здоров'я постійно точаться дискусії.

2. Коли «нерівність» в охороні здоров'я є несправедливою? Крім доступного та якісного лікування, наявний значний шерег різних соціальних чинників, вплив яких на здоров'я та якість життя є досить вагомим. Наприклад, спосіб

життя людини на 50 % впливає на її здоров'я. Проте спосіб життя – це не лише наша поведінка, а й умови, в яких ми живемо. Тому для досягнення соціальної справедливості в сфері охорони здоров'я необхідно розв'язувати не стільки проблеми в медичному секторі, як в інших сферах життя.

3. Як поєднати рівний доступ до послуг охорони здоров'я та безкінечні потреби з обмеженою ресурсів галузі?

Отже, Дж. Раджер та Н. Даніелс виходять із того, що подолання несправедливості в охороні здоров'я спрямоване на те, щоби зменшити нерівності в доступі до медичної допомоги та покращити умови проживання людей. Водночас деякі науковці [8] звертають увагу, що охорона здоров'я стала дорожчою, але не стала більш ефективною чи прогресивною. Тому постають питання, чи правильно розподіляють ресурси і чи забезпечено рівний доступ до них. Нині галузь потребує все нових та нових грошових вливань, проте це не вирішує проблем охорони здоров'я. Тобто, корінь проблеми прийнято вбачати в нерівному доступі до ресурсів, а не управлінні ресурсами.

Аналіз наукової літератури [10; 16] свідчить, що у сучасному світі несправедливість щодо здоров'я характеризується двома ознаками: уникненість та відворотність. І це зумовлює потребу у відповідному державному втручанні та політиці зменшення соціальної несправедливості в охороні здоров'я.

Мета та методологія дослідження

Ця стаття має на меті охарактеризувати сучасні підходи до забезпечення справедливості в охороні здоров'я, окреслити ситуацію в Україні та з'ясувати бачення українськими експертами «гарантованого пакета» безоплатної медичної допомоги як засобу забезпечення соціальної справедливості в охороні здоров'я.

Стаття ґрунтується на аналізі літератури, вивченні нормативно-правових і політичних документів, а також на матеріалах 13 інтерв'ю з фахівцями з 12 організацій, під час яких з'ясували їхні думки щодо безоплатної медичної допомоги (її пріоритетів, цільових груп, винятків, механізмів фінансування тощо).

Дослідження, яке проводили у січні – травні 2016 р., здійснено з позицій: 1) нормативного підходу до формування політики; 2) розгляду здоров'я як суспільного блага, за забезпечення та розподіл якого несуть відповідальність урядові структури, що відповідає егалітаристським поглядам на охорону здоров'я [4].

Виклад основних результатів

Глобальна політика протидії соціальної несправедливості в охороні здоров'я. Політика зменшення соціальної нерівності та несправедливості в охороні здоров'я, посилення відповідальності держави в гарантуванні вільного доступу до медичних послуг та гарантії безоплатної медичної допомоги перебувають в основі рекомендацій ВООЗ [13]. Побудова систем охорони здоров'я, за пропозиціями цього ключового актора глобальної політики охорони здоров'я, має забезпечуватись, зокрема, через реалізацію принципу всезагального доступу до визначеного мінімуму («гарантованого пакета») медичних послуг.

«Гарантований пакет» безоплатної медичної допомоги пов'язаний із розумінням конкретним суспільством справедливого розподілу соціальних благ, чесним доступом до охорони здоров'я. Те, що люди вважають соціально справедливим, має провідне значення для визначення державних гарантій, в тому числі в охороні здоров'я, адже є одним з ключових інструментів соціального захисту населення.

Важливим механізмом забезпечення соціальної справедливості міжнародні організації вважають «універсальне покриття» населення (universal health coverage), тобто виразно визначений обсяг послуг, доступний для всього населення. Універсальне покриття означає, що всі люди отримують якісні, необхідні їм базові сервіси, без ризику потрапити у фінансову скруту. Слід зазначити, що попри ідею «базовості» концепт передбачає чутливість до особистих потреб кожної людини, тому не йдеться про стандартний, однаковий для всіх «мінімум» медичних послуг. Найефективнішим механізмом фінансування такого пакета послуг, на думку експертів ВООЗ, є створення єдиного фонду (пулу) для медичних потреб. Необхідно додати, що для побудови системи охорони здоров'я на принципах універсального покриття, як стверджує ВООЗ, розмір країни та чисельність її популяції не має значення, адже йдеться про ефективний менеджмент ресурсів та створення механізмів фінансового захисту населення.

Впровадження ідей «гарантованого пакета» та «універсального покриття» у різних країнах має суттєві варіації. Проте можна виокремити кілька підходів щодо побудови систем «універсального покриття» та покращення доступності медичної допомоги. Один із них – це перелік послуг і програм, доступних населенню на безоплатній основі, що фінансуються державним коштом незалежно від фінансової спроможності громадян. Це такий собі «медичний мінімум послуг»,

які безоплатно отримують усі громадяни, незалежно від соціально-демографічних характеристик. Інший спосіб наповнення «базового медичного кошика» передбачає покриття державою витрат «вразливих верств» на охорону здоров'я [9]. Визначення послуг, що увійдуть до кошика, зазвичай є предметом публічного обговорення, яке вимагає від суспільства розуміння та готовності прийняти той факт, що деякі громадяни не отримають безоплатний доступ до необхідного їм лікування.

Вивчення досвіду постсоціалістичних країн (Польща, Угорщина, Чехія [5; 12; 14]), де впроваджено соціальне медичне страхування та постійно переглядається перелік безоплатних медичних послуг, підтверджує, що наповнення «гарантованого пакета» безоплатної медичної допомоги, коли визначається, які саме послуги будуть доступними і для яких груп населення, віддзеркалює не стільки економічний розвиток країн, як уявлення про соціальну справедливість, розуміння суспільством рівності та чесного доступу до сервісів охорони здоров'я.

Поточна ситуація в охороні здоров'я в Україні. Законодавча база України не витлумачує виразно такі поняття, як «державні соціальні гарантії у сфері охорони здоров'я», «гарантований обсяг медичного обслуговування» і «гарантований обсяг медичної допомоги». Гарантований обсяг медичної допомоги опосередковано визначено постановою Кабінету Міністрів України від 11 липня 2002 р. № 955 «Про затвердження Програми подання громадянам гарантованої державою безоплатної медичної допомоги». Відповідно до цього документа держава гарантувала швидку, невідкладну та стаціонарну допомогу. Однак навіть цей неповний перелік послуг не виконується сьогодні державою [1; 7].

За даними звіту «Як працює система? Новий підхід до аналізу і оцінки процесів управління в системі охорони здоров'я», оприлюдненого 2015 р., чинна система охорони здоров'я переважно зазнає поразки у профілактиці, виявленні та ефективному лікуванні захворювань. Під час дослідження виявлено проблеми, що пов'язані із нездатністю галузі закласти, підтримувати та мотивувати медичний персонал нести відповідальність за результати своєї роботи; недосконалістю системи управління інформацією; жорсткою бюджетною системою, яка пронизана неофіційними платежами і корупційними схемами [6].

В умовах нерационального бюджетного фінансування лікарням доводиться вдаватися до напівлегальних схем залучення додаткових коштів (створення так званих благодійних фондів при лікарнях, отримання лікарями коштів за

надані послуги безпосередньо від пацієнтів чи їхніх родичів тощо). Така ситуація є наслідком того, що майже 80 % асигнованих на сферу охорони здоров'я коштів йде на заробітну плату медичному персоналу та утримання самої мережі закладів [15].

Найвиразніше чинний стан «безоплатності» медицини в Україні ілюструють результати дослідження, проведеного у січні 2016 р. «92 % респондентів відповіли, що бояться потрапити у фінансову скруту, якщо захворіють і їм доведеться лікуватися» [3]. Фактично майже всі громадяни повідомляють, що ризик захворіти може штовхнути їх у прірву бідності. Проте йдеться не просто про високу ціну медичних послуг на рівні неформальних платежів. Тут маємо справу з цілком прагматичними речами – прірвою між успадованими від інших соціально-економічних реалій гарантіями безоплатної допомоги та реальними можливостями системи охорони здоров'я за ринкових умов.

Отже, законодавчі гарантії та регульована ними система охорони здоров'я живуть абсолютно автономно та відірвано один від одного, між тим у публічній політиці домінує популізм щодо збереження безкоштовності медичної допомоги [4].

Уявлення фахівців щодо необхідних обсягів безоплатної медичної допомоги. Найвні законодавчі інновації та стратегії (в тому числі проекти документів – «Концепція реформи фінансування системи охорони здоров'я України» [2] та «Національна стратегія реформування системи охорони здоров'я в Україні на період 2015–2020 року» [3] (на момент написання статті вони так і не були схвалені) розглядають не стільки докорінну зміну системи охорони здоров'я, як зміну способу розподілу коштів та механізмів фінансування галузі, визначення здійсненого та обґрунтованого обсягу безоплатної медичної допомоги.

Опитування, проведене серед фахівців, виявило, що бачення експертами гарантованого пакета дещо відрізняється від трактування його міжнародними організаціями та досвідом інших країн. Експерти вбачають у ньому широкий пакет послуг, за винятком певних процедур та медичних станів, лікування яких може надаватися лише на платній основі. Автори ж Стратегії [3] навпаки, бачать у ньому лише один з інструментів забезпечення соціальної справедливості і визначають його як певний обмежений набір базових послуг і невідкладних станів.

Експерти наголошують на таких принципах формування «гарантованого пакета» безоплатної медичної допомоги для України: 1) визначення пріоритетів системи охорони здоров'я (материнство та дитинство, серцево-судинні захворювання,

онкологічні захворювання, соціально-небезпечні захворювання); 2) здійсненість; 3) наукова обґрунтованість його обсягів. Такі принципи не суперечать загальним уявленням про принципи політики зменшення соціальної несправедливості в охороні здоров'я [11; 17].

Виокремлення когось чи певної групи за визначеними критеріями – звична практика в українській системі охорони здоров'я. Українські експерти пріоритетними визначають такі категорії населення: діти до 5 років, вагітні жінки, літні люди. Крім того, усі експерти погоджуються, що кількість пільгових категорій населення має бути скорочено (в Україні за різноманітними критеріями, не враховуючи медичних показань, близько 65 % населення мають право на пільги).

Водночас 8 із 13 респондентів наголошували на важливості врахування рівня розвитку нашої держави. Зокрема, було висловлено таку думку: *«Ми можемо дослухатися до рекомендацій ВООЗ, ЄС, One Health, Health in all policies, European Health 2020. Ці стратегії – це орієнтири, на які можна орієнтуватися. Але український шлях буде іншим. Ми перебуваємо на іншому етапі розвитку. Значна частина наших медиків, управлінців – радянського часу, при цьому ми хочемо запровадити найвищі “європейські” стандарти якості та найвищі стандарти лікування. Це нонсенс. Такого не може бути»*. Ця позиція свідчить про певний консерватизм системи охорони здоров'я й бажання обмежитися інкрементальними змінами.

Наступні кроки. Уявлення фахівців щодо обсягів безоплатної медичної допомоги суттєво різняться. Те саме стосується й політиків. Нині розуміння суспільством соціальної справедливості має вагоме значення при формуванні пріоритетів політики охорони здоров'я, визначенні, що держава зможе забезпечити для своїх громадян, а що ні, які саме медичні послуги для і для яких соціальних груп зможе профінансувати.

Надзвичайно дискусійним видається узгодження пріоритетів політики охорони здоров'я, адже це охоплює уявлення про цінності та політичну складову. Це питання суспільного консенсусу, а також політичної волі. Бо коли йдеться про «гарантований пакет» послуг, а не популістські гасла про збереження цілковито безоплатної системи охорони здоров'я, суспільство має вирішити, за кого і за що воно готове платити. А політична воля необхідна для ухвалення політичних рішень, подекуди досить непопулярних, визначення, для кого, чого та в яких обсягах готова надати держава, спираючись на зрозумілі математичні розрахунки та враховуючи науково-доведену ефективність медичних процедур.

З огляду на суспільне суперечливе сприйняття реорганізації системи охорони здоров'я в Україні для успішної реалізації ідеї «гарантованого пакета» безоплатної медичної допомоги як основоположного концепту реформованої системи охорони здоров'я доцільно було б: 1) громадським неурядовим організаціям та пацієнтським організаціям – ініціювати загальнодержавне обговорення обсягу безоплатної медичної допомоги та соціальної справедливості в охороні здоров'я, артикулювати можливі підходи до розв'язання проблеми нерівності; 2) провести потужну інформаційну кампанію та роз'яснювальну роботу для фахівців сфери охорони здоров'я, безпосередньо медичних працівників та населення України в цілому.

Суспільство повинно мати змогу артикулювати свою позицію, що саме воно хоче бачити в пакеті безоплатної допомоги: ефективні соціальні втручання, як-от програми запобігання хворобам, вакцинація, скринінги, медичні огляди, чи все ж таки оперативне медичне втручання (невідкладна медична допомога, лікування важких станів).

Висновки

Зусилля акторів глобальної політики охорони здоров'я спрямовані на подолання нерівності в доступі до медичної допомоги та покращення умов проживання людей. Шляхом досягнення соціальної справедливості в охороні здоров'я сьогодні виступають вже не збільшення фінансування та залучення додаткових коштів у галузь, як ефективне управління ресурсами та розробка програм, покликаних забезпечити універсальний доступ до охорони здоров'я, впровадження «гарантованих пакетів» безоплатної медичної допомоги.

Сучасний стан системи охорони здоров'я України не дає змоги повною мірою забезпечити право громадян на медичну допомогу на рівні передбаченому міжнародними стандартами та законодавством України. Соціальні гарантії в сфері охорони здоров'я в Україні практично не виконуються і залишаються декларативним правом. Про це свідчить відсоток непрямих платежів пацієнтами за послуги, які б мали надаватися безкоштовно.

Одне з важливих завдань, яке стоїть перед політикою охорони здоров'я Україною, – це сформулювати бачення «гарантованого пакета» безоплатної медичної допомоги, аби зрозуміти, яку частину населення вона зможе покрити коштом державного бюджету, або які базові послуги зможе надати безоплатно усім громадянам. Таке завдання важко реалізувати в умовах популістської політичної культури та відсутності узгодженого бачення представників сфери охорони здоров'я.

Список літератури

- Карпишин Н. Державні соціальні гарантії з охорони здоров'я в Україні / Н. Карпишин, М. Комуницька // Вісник Хмельницького нац. ун-ту. – 2010. – № 4. – С. 84–88.
- Концепція реформи фінансування системи охорони здоров'я України [Електронний ресурс] // Веб-сторінка МОЗ України. – Режим доступу: http://moz.gov.ua/docfiles/pre_20160205_0_dod.pdf. – Назва з екрана.
- Національна стратегія реформування системи охорони здоров'я в Україні на період 2015–2020 років [Електронний ресурс] // Веб-сторінка Стратегічної дорадчої групи питань реформування системи охорони здоров'я в Україні. – Режим доступу: <http://healthtag.org.ua/strategiya/>. – Назва з екрана.
- Семигіна Т. В. Політичні аспекти охорони здоров'я: на перетині глобального і локального / Т. Семигіна. – К.: Вид-во «Києво-Могилянська академія», 2013. – 400 с.
- Черненко В. Г. Досвід країн Європи у фінансуванні галузі охорони здоров'я. Уроки для України / В. Г. Черненко, В. М. Рудий. – К., 2002. – 112 с.
- Як працює система? Новий підхід до аналізу та оцінки процесів управління в системі охорони здоров'я України. – К.: Світовий банк, 2015. – 432 с.
- Ярош Н. Теоретико-методологічні підходи до формування державних соціальних нормативів надання медичної допомоги / Н. Ярош // Вісник Нац. академії держ. управління. – 2004. – № 3. – С. 241–247.
- Braveman P. Defining equity in health [Electronic resource] / P. Braveman, S. Gruskin // Journal of epidemiology and community health. – 2003. – № 3. – Mode of access: <http://www.agingkingcounty.org/ctconference/docs/Defining-equity-in-health.pdf>. – Title from the screen.
- Closing the Gap in a generation. Health equity through action on the social determinants of health [Electronic resource] // Commission on Social Determinants of Health Final Report. – Mode of access: http://whqlibdoc.who.int/publications/2008/9789241563703_eng.pdf. – Title from the screen.
- Cole P. Human rights and the national interest: migrants, healthcare and social justice / P. Cole // Journal of medical ethics. – 2007. – № 33. – P. 269–272.
- Daniels N. Justice, health, and healthcare [Electronic resource] / N. Daniels // Public Health Reports. – 2001. – № 2. – Mode of access: http://www.hsph.harvard.edu/benchmark/ndaniels/pdf/justice_health.pdf. – Title from the screen.
- Health– 2020. A European policy framework supporting action across government and society for health and wellbeing [Electronic resource] // World Health Organization Regional Office for Europe. – 2012. – Mode of access: <http://www.thepep.org/ClearingHouse /docfiles/RC62wd09-Rus.pdf>. – Title from the screen.
- Health and social justice [Electronic resource] // World Health Organization. – Mode of access: <http://www.who.int/bulletin/volumes/89/1/10-082388/en>. – Title from the screen.
- Kozierkiewicz A. Benefit package and cost of services – Health bascet [Electronic resource] / A. Kozierkiewicz, A. Romaszewski, D. Gilewski; Report I – Poland. – 2005. – Mode of access: http://www.ehma.org/files/Benefit_Report_Poland.pdf. – Title from the screen.
- Lekhan V. Ukraine: Health system review / V. Lekhan, V. Rudiy, M. Shevchenko, et al. – Copenhagen : WHO Regional Office in Europe, 2015. – P. 55.
- Marmot M. Health in an unequal world / M. Marmot // The Lancet. – 2006. – № 368. – P. 2081–2094.
- Ruger J. Health and social justice / J. Ruger. – London and New York : Oxford University Press, 2009. – 276 p.

T. Semigina, O. Oseychuk

POLICY FOR REDUCTION OF INEQUITY IN HEALTH CARE: POPULISM, PRAGMATISM, OR SOCIAL CONSENSUS?

This paper aims to analyze modern approaches to equity in health care, to outline the situation in Ukraine, and to find out Ukrainian experts' visions on the “guaranteed package” of free health care as a means of ensuring social justice. The paper is based on a desk-review (legal and policy papers, literature, and research reports) and semi-structured interviews with 13 experts. The paper considers the issues of equity in health care from the perspective of the normative approach and understanding health as a societal good.

Currently the World Health Organization (WHO) has elaborated concepts of “universal coverage” and “guaranteed package” of free medical care. These concepts are based on the policy practice and viewed as policy instruments for ensuring equity in health care. In Ukraine, policy of social benefits in health care is almost not implemented, and people do not feel socially secure. The interviewed experts do not have a coherent vision on the scope of free medical care and targeted social groups to be covered by the “guaranteed package”.

One of the important challenges facing the health policy in Ukraine is the necessity to understand what groups of population have to be covered at the expense of the state budget or what can be provided as free of charge basic services to all citizens. This problem is difficult to deal with in the context of the populist political culture and lack of a coherent vision of the representatives of the health sector. Taking into account the controversial public perception, it would be politically wise 1) to initiate a national debate about the scope free medical care and social justice in health care, articulate possible solutions to the problem of inequality; 2) to implement a massive information campaign and outreach to health professionals, health workers, and the whole population of Ukraine. Such activities might be carried out by civil society organizations.

Keywords: social justice; health care, “guaranteed package” of free medical care.

Матеріал надійшов 27.06.2016