

3. Гинзбург А. Г. Организация ветеринарного дела в СССР [2-е изд., перераб. и испр.] / А. Г. Гинзбург, А. Д. Иванов. - М. : Колос, 1970. - 408 с.

4. Ветеринарное законодательство: Ветеринарный устав Союза ССР: положения, указания, инструкции, наставления и правила по ветеринарному делу / под общ. ред. А. Д. Третьякова. - Т. 1. - М. : Колос, 1972. - 696 с.

Т.В.Семигіна,

*кандидат політичних наук, доцент,
докторант кафедри політології НАДУ*

Міжнародні організації як чинник інновацій у політиці охорони громадського здоров'я України

У сучасному світі міжнародні організації відіграють роль суб'єктів глобальної політики і водночас політичних акторів транснаціональної демократії. Виявляється це й у так званих "секторних" (тобто галузевих) політиках, зокрема в політиці охорони громадського здоров'я, що включає в себе заплановані й незаплановані дії державних, приватних та громадських організацій, які позначаються на стані здоров'я населення [1, с. 41]. Зміст, процес та наслідки такої політики доцільно оцінювати з огляду на глобальний контекст її впровадження [2], процеси політико-інституційного поширення та запозичення політики, згідно із якими можливий трансфер як цілей політики, так і її змісту, інструментів та механізмів, програм, інститутів, ідеології, ідей та ставлення, а також негативних уроків [3, с. 12].

Ця теза аналізує впливи реалізованих в Україні міжнародних ініціатив у сфері охорони громадського здоров'я на національну систему охорони здоров'я та відповідну політику. Дослідження зосереджувалось на такому напрямі охорони громадського здоров'я як протидія епідемії ВІЛ/СНІДу.

Зауважимо, що у сфері охорони громадського здоров'я, зокрема в царині протидії епідемії ВІЛ/СНІДу, до міжнародних, глобальних суб'єктів можна віднести: ЮНЕЙДС (UNAIDS), ПРООН (UNDP) та інші структурні підрозділи ООН, Глобальний Фонд для боротьби із СНІДом, туберкульозом та малярією, Світовий банк, організації "Лікарі без кордонів", СНІД Фонд "Схід-Захід" (AFEW), Міжнародний фонд "Відродження" (фонд Д. Сороса) та допоміжні організації економічно розвинутих країн - USAID, DFID тощо.

З-поміж ключових міжнародних ініціатив у сфері ВІЛ/СНІДу, які, зокрема, реалізуються в Україні, слід назвати:

1) програму "Три до п'яти" та концепцію "універсального доступу", що передбачають впровадження комплексних програм профілактики та лікування ВІЛ/СНІДу, а також підтримки людей, яких зачепив вірус;

2) Декларацію про відданість справі боротьби з ВІЛ/СНІДом (схвалена 2001 року Генеральною Асамблеєю ООН), в якій визначені заходи, що мають вживатись урядами в сферах права, політики та практики, аби захистити права людини та досягнути пов'язаних з ВІЛ цілей у площині громадського здоров'я;

3) "триєдині принципи", запропоновані ЮНЕЙДС, згідно із якими кожна країна повинна створити: єдину національну стратегію з ВІЛ/СНІДу, що об'єднувала б усіх партнерів під національним керівництвом, єдиний національний координуючий орган, котрий би забезпечував виконання зазначеної стратегії в усіх секторах, а також єдину систему моніторингу та оцінки дієвості заходів політики [4, с. 40-41].

В останні роки в Україні відбулось активне впровадження державних програм протидії епідемії та становлення системи ВІЛ-сервісних організацій. За визначенням національних і регіональних стейкхолдерів, опитаних у ході дослідження, каталізатором розвитку ВІЛ-сервісу можна вважати саме міжнародні організації, які підтримували державні та громадські організації, що надають послуги ВІЛ-позитивним людям, а також здійснюють профілактичну роботу. Міжнародні організації виділяють Україні суттєве фінансування, яке дорівнює чи навіть перебільшує частку національних витрат на заходи протидії епідемії ВІЛ/СНІДу.

За оцінками експертів, втілення в Україні міжнародних ініціатив сприяло розширенню фахових можливостей ВІЛ-сервісних організацій, втіленню нових методів і технологій роботи, становленню принципово нових закладів для надання послуг людям, яких зачепила проблема ВІЛ/СНІДу. Тут слід згадати впровадження антиретровірусної терапії та програм формування прихильності до неї, розробку відповідних протоколів (нормативів) та підготовку фахівців для соціально-психологічного консультування при діагностиці ВІЛ, запровадження замісної підтримувальної терапії для споживачів ін'єкційних наркотиків, створення громадських комплексних центрів для ВІЛ-позитивних людей та дроп-ін центрів, пунктів обмінів шприцами для споживачів ін'єкційних наркотиків тощо.

Однак, крім зміни фокусу політики (з суто медичного до комплексного підходу до розв'язання проблеми) та застосування інноваційних інструментів політики, втілення в Україні міжнародних ініціатив в галузі охорони громадського здоров'я також відчутно вплинуло на процеси формування та реалізації політики. Ці ініціативи сприяли: інституціоналізації координаційних структур на національному і місцевому рівнях; становленню системи моніторингу та оцінки заходів із протидії епідемії ВІЛ/СНІДу; деінституціоналізації виняткової відповідальності Міністерства охорони здоров'я за всі питання охорони громадського здоров'я.

Діяльність міжнародних утворень і підтримуваних ними національних ВІЛ-сервісних структур стимулювала поширення ідей щодо плюралістичного урядування, запровадження елементів громадського контролю, формування засад учасницької політичної культури та дискурсивної демократії, адже право голосу набули ті, хто перебував у маргінальному становищі в суспільстві.

Проте експерти утримуються від беззастережно схвальної оцінки діяльності міжнародних організацій в Україні. Проблемою є узгодження глобальних та національних пріоритетів політики у сфері протидії ВІЛ/СНІДу, формування певної залежності державних структур від зовнішньої допомоги.

Отже, міжнародні організації виступають донорськими структурами не тільки у фінансовому, а й у технологічному (виступаючи каталізатором впровадження нових методів медико-соціальної допомоги) та політичному планах, оскільки сприяють впровадженню інноваційних механізмів політики, більшій прозорості та підзвітності політики охорони здоров'я, крім того підтримують залучення до формування та впровадження політики організацій громадянського суспільства, слугують носіями демократичніших моделей політичної поведінки.

Список використаних джерел

1. *Walt G. Health Policy: An Introduction to Process and Power / G. Walt. - London and New Jersey : Zed Books, 1996. - 240 p.*
2. *Huynen M. The health impacts of globalization: a conceptual framework / M. Huynen, P. Martens, H. Hilderink // Globalization and Health. - 2005. - Vol. 1. - N. 14. - Режим доступу : <http://www.globalizationandhealth.com/content/1/1/14/>*
3. *Dolowitz D. P. Learning from Abroad: The Role of Policy Transfer in Contemporary Policy-Making / D. P. Dolowitz, D. Marsh // Governance: An International Journal of Policy and Administration. - 2000. - Vol. 13. - N. 1. - P. 5-24.*
4. *Семигіна Т. Політика протидії епідемії ВІЛ/СНІДу в Україні: роль міжнародної допомоги / Т. Семигіна. - К. : Агентство Україна, 2009. - 144 с.*

О.Л.Апихтіна,

кандидат медичних наук, докторант кафедри управління охороною суспільного здоров'я НАДУ, науковий співробітник ДУ "Інститут медицини праці НАМН України"

Збереження здоров'я працівників як передумова соціально-економічного розвитку країни

Здоров'я працівників є однією із передумов високої продуктивності праці, підвищення добробуту населення та економічного розвитку країни. Конституцією України кожному грома-

дянину гарантується право "на належні, безпечні і здорові умови праці", а також "право на охорону здоров'я, медичну допомогу та медичне страхування". Суттєву роль у комплексі факторів, що впливають на стан здоров'я у працездатному віці, мають професійні ризики. Від 20 до 40% усіх працевтрат обумовлені захворюваннями, які прямо чи опосередковано пов'язані з незадовільними умовами праці, більше 20% серед усіх уперше визнаних інвалідами втратили працездатність у віці 45-50 років. Демографічна ситуація, що склалася сьогодні в Україні, за короткий час може призвести до реального дефіциту трудових ресурсів, що буде негативно впливати на економічний розвиток держави [1]. Загальні принципи державної політики в галузі охорони праці, які визначено законодавством України, спрямовані на створення належних, безпечних і здорових умов праці; запобігання нещасним випадкам та професійним захворюванням, адаптацію трудових процесів до спроможностей працівника з урахуванням стану його здоров'я та психологічного стану, що узгоджується з принципами захисту здоров'я працівників, які визначені в Конвенціях міжнародної організації праці, директивах Європейського Союзу.

У вітчизняній літературі багато наукових досліджень присвячено проблемі захисту та збереження здоров'я працівників. Це, зокрема, роботи Ю.І.Кундієва [2], А.М.Нагорної [3], І.М.Солоненка [4]. Проте залишаються невирішеними питання реалізації державних механізмів збереження та розвитку трудового потенціалу в Україні. При цьому недостатня увага приділяється пошуку шляхів захисту здоров'я працівників, забезпеченню належних та безпечних умов праці та реабілітації постраждалих на виробництві.

Загальнодержавною проблемою є втрата здоров'я і працездатності працюючого населення України. Аналіз стану здоров'я працівників за останні роки свідчить про суттєве його погіршення. Ситуацію значно ускладнюють соціальні проблеми, які знайшли своє відображення у негативній динаміці медико-демографічних показників. Особливо вкрай несприятливою є ситуація щодо смертності населення працездатного віку порівняно з європейськими країнами. Втрати від надсмертності цього вікового контингенту населення у 2009 р. порівняно із 1991 р. зросли майже у 6 разів. Найбільших втрат внаслідок передчасної смерті зазнає чоловіче населення працездатного віку. Сучасний рівень смертності чоловіків працездатного віку у 4,2 рази перевищує смертність чоловіків країн ЄС. Серед європейських країн Україна у 2009 р. посідає друге місце в Європі після Росії, як за рівнем смертності населення працездатного віку, так і за рівнем його приросту протягом 1999-2009 рр. наразі стандартизований коефіцієнт смертності чоловіків у віці 15-29 років у 3,4 рази, віком 30-44 роки в 5,8 рази, віком 45-64 роки у 4,1 рази вищий, ніж відповідні показники у країнах ЄС. Рівень смертності серед українських жінок у працездатному віці у 2009 р. перевищував відповідний показник у країнах ЄС майже утричі [5]. Серед причин смертності населення провідне місце займають хвороби системи кровообігу, зовнішні причини смерті і новоутворення. Важливою в оцінці стану здоров'я працівників є рівень професійної захворюваності. Динаміка професійної захворюваності в Україні свідчить, що з 2005 по 2008 роки спостерігається збільшення кількості випадків професійних захворювань та рівня загальної захворюваності. Проте, у 2009 році кількість професійних захворювань зменшилася.

Характеристика стану професійної захворюваності працівників в Україні має особливості щодо частоти та розподілу потерпілих за галузями економіки. Найбільша кількість професійних захворювань реєструється серед працівників вугільної промисловості. Наступні рангові місця серед галузей промисловості із високим рівнем профзахворюваності займають металургія та машинобудування. Низькі показники профзахворюваності в легкій, хімічній промисловості, будівництві та сільському господарстві, де рівень захворюваності менший, ніж в середньому по Україні. В цих галузях спостерігається стійка тенденція до зменшення кількості випадків виявлення професійних захворювань серед працівників. Не дивлячись на те, що серед причин смертності населення в Україні, як і загалом у світі, онкологічні захворювання займають провідне місце, серед причин професійної патології цей діагноз ставиться відносно рідко.

Порівняння професійної захворюваності, виявленої в Україні, з даними деяких країн Європи та світу свідчать, що в Україні ці показники значно нижчі, ніж в розвинутих країнах Європи. Пояснення цього явища слід шукати в недосконалому діючому в Україні системі виявлення професійних захворювань, невизнанні принципу пріоритетності медичного обслуговування працюючого населення, відсутності сучасного діагностичного обладнання. Отже, очевидно, що в

Україні офіційна статистика виявляє лише верхівку айсберга професійної захворюваності. Більша її частина не реєструється [2].

Таким чином, за нинішніх темпів погіршення здоров'я працівників уже в 2015-2020 рр. потреба в них провідних галузей промисловості буде задоволена лише на 40-45%, що загрожує кадровим колапсом підприємствам металургійної, хімічної, вугільної, гірничо-збагачувальної промисловості, енергетики та транспорту. Відтак, для реалізації намічених урядом країни економічних перетворень та інноваційного розвитку необхідне здійснення рішучих кроків на шляху до покращення стану здоров'я працюючого населення, забезпечення належних та безпечних умов праці та проведення державної політики щодо розвитку трудового потенціалу в Україні.

Список використаних джерел

1. Інформаційно-аналітичні матеріали МОЗ України до парламентських слухань на тему: "Про стан промислової безпеки та охорони праці". - Київ, 17 листоп. 2010 р. - 11 с.
2. Кундієв Ю. І. Порівняльна характеристика стану професійної захворюваності в Україні і світі / Ю. І. Кундієв, А. М. Нагорна, Л. О. Добровольський // Укр. журн. з проблем медицини праці. - 2009. - № 2 (18). - С. 3-11.
3. Nahorna A. Occupational morbidity and industrial traumatism as medico-social problem in Ukraine / A. Nahorna // Journal of ecology and health. - 2010. - № 5. - P. 238-241.
4. Удосконалення організаційно-правових засад збереження і розвитку трудового потенціалу України: інноваційна модель оцінки і збереження трудових людських ресурсів : метод. реком. / Л. І. Жаліло, О. І. Мартинюк, І. В. Рожкова та ін. ; за заг. ред. І. М. Солоненка. - К. : НАДУ, 2009. - 44 с.
5. Щорічна доповідь про стан здоров'я населення та санітарно-епідемічну ситуацію. 2009 рік / за ред. З. М. Митника. - К., 2010. - 447 с.

О.В.Клименко,

кандидат юридичних наук, доцент кафедри теорії та історії держави і права і конституційного права Академії муніципального управління

Лікарська помилка: проблемні питання

Проблема лікарських помилок є однією з найважливіших у медичному праві. Кількість лікарських помилок, на жаль, не скорочується, а зростає. Так, у США жертвами лікарських помилок щорічно стають від 40 до 87 тис. американців. Від лікарських помилок гине більше людей, ніж від СНІДу. За найскромнішими підрахунками, економічний збиток, що щорічно завдається внаслідок лікарських помилок в США, прирівнюється до державного бюджету Росії. Таким чином, у судовій практиці все частіше виникають справи (кримінальні й цивільні) про лікарські помилки. Медичний персонал залучають до кримінальної відповідальності, а медичні клініки зазнають величезних збитків у вигляді виплат як компенсації за заподіяну моральну шкоду й шкоду, заподіяну здоров'ю. Але в даному ланцюзі також задіяні й інші організації - страхові компанії й фармацевтичні фірми. Перші часто зобов'язані виплачувати солідні суми пацієнтам, а потім подають регресні позови медичній установі, що може стати для медустанови початком кінця. Фармацевтичні фірми, у свою чергу, також можуть бути притягнуті до відповідальності, наприклад, за постачання неякісної фармацевтичної продукції.

Із усього сказаного зрозуміло, що конче потрібно дати відповідь на два важливих питання. Перше - що таке лікарська помилка? Друге питання більш складне: яка лікарська помилка тягне за собою відповідальність, а яка не тягне відповідальність, насамперед лікаря? Дати визначення лікарської помилки не так просто. Потрібно сказати, що в літературі поширена точка зору, відповідно до якої, якщо зроблено лікарську помилку, то вже є підстави для притягнення, наприклад лікаря, до кримінальної відповідальності [2]. Даний неправильний підхід підсилюється ще й тим, що, як правило, слідчий, який веде попереднє розслідування, не вникає в тонкощі