

ПРОБЛЕМА НЕРІВНОСТІ В ДОСТУПІ ДО ЯКІСНОГО МЕДИЧНОГО ОБСЛУГОВУВАННЯ ТА ШЛЯХИ ЇЇ ВИРІШЕННЯ

В. С. Костюк, кандидат економічних наук
Уманський національний університет садівництва

У статті досліджено проблему нерівності в доступності до окремих видів медичної допомоги для окреслення принципів побудови ефективної системи охорони здоров'я в Україні. Проаналізовано показники самооцінки стану здоров'я та рівня захворюваності населення. Визначено основні перспективи національної моделі розвитку системи охорони здоров'я в Україні.

Ключові слова: система охорони здоров'я, реформування охорони здоров'я, самооцінка населенням стану здоров'я та рівня доступності окремих видів медичної допомоги.

Постановка проблеми. В сучасному світі при загальному рості ВВП та ВВП на душу населення відбувається посилення соціально-економічної нерівності, що не обминуло ні багаті, ні бідні країни. В багатьох випадках створюється враження, що економіка працює набагато краще, ніж це відчувають громадяни. Соціальне становище багатьох людей не лише не покращується, а й погіршується, росте бідність, появляються види нерівності нового типу, насамперед, в доступі до сучасних соціальних благ, одним з яких є охорона здоров'я. В Україні станом охорони здоров'я незадоволені всі — і громадяни, і влада, і політики. Українська система охорони здоров'я не здатна повною мірою задовольнити потреби населення в медичній допомозі, забезпечити її доступність і належну якість, необхідний рівень профілактики захворюваності, зниження смертності, збільшення тривалості життя населення. Реалізація права людини на якісні медичні послуги зумовлює спрямування політики держави в Україні на реформування чинної системи охорони здоров'я та створення ефективної національної моделі. Виконанню цього завдання сприятиме аналіз досвіду організації медичної сфери у країнах, системи охорони здоров'я яких визнано успішними.

Аналіз останніх досліджень і публікацій. Теоретичною основою дослідження стали праці вітчизняних і зарубіжних авторів, присвячені вивченню особливостей розвитку систем охорони здоров'я економічно розвинених країн світу. Основні моделі систем охорони здоров'я вивчали зарубіжні дослідники У. Беверидж, Р. Салтман, Дж. Фигейрас, М. Філд, М. Фотакі та інші. Проблемам реформування в медичній сфері присвятили увагу багато українських вчених. Зокрема, дослідженням проблем охорони здоров'я та реформуванням цієї галузі займались Авраменко Н., Заглада О., Заярський М.І., Кризина Н. Крячкова Л.В., Лехан В., Лободіна З.,

Слабкий Г., Шевченко М., Фірсова О., Юрочко Т. та ін. Однак, незважаючи на значну увагу вчених до проблем функціонування та фінансування охорони здоров'я, питання визначення національної моделі розвитку системи охорони здоров'я досі залишаються актуальними.

Метою дослідження є аналіз нерівності в доступності до окремих видів медичної допомоги та окреслення шляхів побудови ефективної системи охорони здоров'я в Україні.

Методика досліджень. Методологічною та теоретичною основами дослідження є надбання сучасної економічної, соціологічної, медичної теорії, наукові розробки вітчизняних та закордонних вчених. У процесі дослідження використовувалися такі методи: дедуктивний, індуктивний — при дослідженні теоретичних аспектів категорії нерівність та здоров'я; економіко-статистичні — для аналізу, порівняння і наочного відображення статистичних даних з метою аналізу показників самооцінки стану здоров'я та рівня захворюваності населення; спостереження, узагальнення — в процесі розробки остаточних висновків на основі одержаних результатів.

Результати досліджень. Економісти розглядають здоров'я як соціально-економічне благо. Соціальним благом воно є тому, що не відчужується від людини, яка є соціальною істотою, бо існує у суспільстві та взаємодіє з іншими людьми. Існують прямі показники стану здоров'я, зокрема дитяча смертність, середня тривалість життя, і непрямі, наприклад, число лікарів або лікарняних ліжок, що припадають на певну кількість населення. Непрямі показники швидше показують рівень розвитку системи охорони здоров'я, ніж стану здоров'я. Розширення обслуговування населення у лікарнях може свідчити про збільшення проблем, пов'язаних зі станом здоров'я, або про меншу схильність родин піклуватися про своїх хворих [1]. Дійсним та об'єктивним результатом політики держави в сфері охорони здоров'я, а відповідно й рівня задоволеності потреб суб'єктів можна вважати тривалість життя при гарному здоров'ї, який розраховується як кількість років, які може прожити людина, залишаючись працездатною (дієздатною) та без обмежень активності (на побутовому рівні). Найкращі показники спостерігаються в Європі у Великобританії — майже 65 років складає тривалість дієздатного життя.

Важливою умовою поліпшення громадського здоров'я є рівний доступ усіх громадян до якісного медичного обслуговування незалежно від платоспроможності [2]. Проблема соціальної нерівності потребує комплексного й усебічного осмислення, передусім із погляду економічної науки, що фіксує чіткими кількісними методами реальний стан майнового розшарування й оцінює ймовірність його подальшої динаміки. Понад те, окрім нерівності майнової, ХХІ століття зумовило й продовжує зумовлювати нові форми соціальної нерівності, наприклад, у сфері охорони здоров'я. Так, інформаційна революція породила нерівність цифрову, яка різко обмежує практично всі значущі життєві шанси для людей, відірваних від віртуальної реальності, інформаційних масивів і потоків, що дають змогу користуватися певними медичними благами сучасної цивілізації [3].

Можна вказати й на низку інших форм соціальної нерівності, але всі вони разом утворюють складне, багатовимірне поле різних життєвих шансів, різних можливостей, які поляризують долі груп та індивідів, протиставляють їх один одному, зіштовхують у реальних і потенційних конфліктах. Хоч найбільш наочним проявом економічної нерівності є нерівність за доходами, проте вона може спричиняти (і зазвичай спричиняє) нерівність доступу до якісного медичного обслуговування, до реалізації свого основного права — права на здоров'я.

Основи законодавства України про охорону здоров'я базуються на Конституції України і визначають правові, організаційні, економічні та соціальні засади охорони здоров'я в Україні, регулюють суспільні відносини у цій сфері з метою забезпечення довголітнього активного життя громадян, попередження і зниження захворюваності, інвалідності та смертності, поліпшення спадковості. Кожний громадянин України має право на охорону здоров'я, що передбачає, насамперед, кваліфіковану медичну допомогу, включаючи вільний вибір лікаря, вибір методів лікування відповідно до його рекомендацій і закладу охорони здоров'я.

У Конституції України в ст. 49 закріплено, що кожен має право на охорону здоров'я, медичну допомогу та медичне страхування [4]. Охорона здоров'я забезпечується державним фінансуванням відповідних соціально-економічних, медико-санітарних і оздоровчо-профілактичних програм. Держава створює умови для ефективного і доступного для всіх громадян медичного обслуговування. У державних і комунальних закладах охорони здоров'я медична допомога надається безоплатно; існуюча мережа таких закладів не може бути скорочена.

Проте, задеклароване право на охорону здоров'я, на практиці не реалізується в повній мірі, що призводить до низьких показників стану здоров'я, незадоволення населення станом свого здоров'я та доступом до якісного медичного обслуговування. З метою дослідження доступності для населення послуг охорони здоров'я, ліків та медичних товарів, а також отримання інформації щодо самооцінки стану здоров'я та рівня захворюваності населення, Державний комітет статистики України щорічно проводить опитування осіб. Аналогічні дослідження проводяться і в більшості країн світу. Це дає змогу оцінити стан системи охорони здоров'я та вчасно і ефективно провести її реформування, якщо це потрібно.

Проведені останні дослідження показують, що лише близько 50 % населення оцінили своє здоров'я як добре, близько 10 % як погане, при цьому 81 % зверталися за медичною допомогою протягом останніх 12 місяців.

Аналогічні показники країн ЄС на порядок кращі — майже 70 % населення оцінюють своє здоров'я як добре і 8 % як погане. Взірцем може слугувати Ірландія з показниками 84 % і 3,5 % відповідно.

Табл. 1. Самооцінка стану здоров'я населенням

Показники	Всі домогосподарства		у тому числі, які проживають			
			у міській місцевості		у сільській місцевості	
	2018р.	2019р.	2018р.	2019р.	2018р.	2019р.
Кількість населення - усього (тис. осіб)	38549,7	38391,0	25528,7	25455,4	13021,0	12935,6
у т.ч. оцінили стан здоров'я як (%):						
-добрий	49,5	50,4	50,9	52,3	46,6	46,4
-задовільний	40,5	39,5	39,9	38,5	41,7	41,4
-поганий	10,0	10,1	9,2	9,2	11,7	12,2
Кількість осіб, які зверталися за медичною допомогою протягом останніх 12 місяців -усього (тис.)	31717,4	31194,3	21952,0	21277,8	9765,4	9916,5
у тому числі зверталися до (%):						
-поліклініки	75,5	57,9	77,0	57,9	72,1	57,8
-сімейного лікаря у поліклініці	47,8	74,8	47,1	75,8	49,4	72,8
-стоматолога у державній медичній установі	14,9	12,9	15,1	12,2	14,6	14,5
-приватного стоматолога	9,7	9,8	10,5	10,3	7,8	8,7
-швидкої медичної допомоги	2,9	2,4	2,9	2,6	2,8	1,8
-платної медичної установи	3,8	5,0	4,3	5,9	2,5	3,1
-народного цілителя	0,6	0,3	0,5	0,3	0,6	0,4
Із загальної кількості осіб, які лікувались у лікарні, частка осіб (%), які брали з собою до лікарні:						
-медикаменти	91,4	90,8	89,4	90,1	95,0	92,2
-постільну білизну	63,1	63,2	67,9	66,2	54,5	57,3
-їжу	73,8	72,4	74,8	70,8	72,0	75,6
-не брали нічого з перерахованого	4,5	6,5	5,4	7,8	3,0	3,8

Джерело: Складено за даними ДССУ.

Однією з причин низької оцінки свого здоров'я населенням України є низький рівень доступності медичної допомоги, можливості придбання ліків та медичного приладдя залежно від місця проживання, що відображено в таблиці 2. Дана таблиця може дати багато інформації для аналізу та роздумів. Ми ж хочемо виокремити один показник – занадто висока вартість лікування чи надання медичних послуг. Адже серед усіх причин неможливості отримати медичну допомогу, придбати ліки та медичне приладдя, більше 90 % опитуваних називають саме її. Якщо в Україні функціонує державна медицина, колишня радянська модель Семашка з початковим етапом реформування первинної ланки, закономірно виникає питання, чому населення серед усіх причин, коли хто-небудь із членів домогосподарства при потребі не зміг отримати медичну допомогу, придбати ліки та медичне приладдя, називають, насамперед, високу вартість.

Табл. 2. Розподіл домогосподарств за рівнем доступності медичної допомоги, можливості придбання ліків та медичного приладдя залежно від місця проживання

	Всі домогосподарства	у тому числі, які проживають			
		у міській місцевості			у сільській місцевості
		у великих містах	у малих містах	всього	
Кількість домогосподарств, у яких хто-небудь із членів не зміг отримати медичну допомогу, придбати ліки та медичне приладдя, тисяч	3574,4	1466,7	861,2	2327,9	1246,5
Кількість домогосподарств у яких хто-небудь із членів при потребі не зміг(тисяч):	2974,2	1210,4	734,2	1944,6	1029,6
<i>придбати ліки</i>					
у тому числі з причин (%):					
-занадто висока вартість	97,7	97,9	96,9	97,5	97,8
-не змогли знайти	1,9	1,7	2,7	2,1	1,7
<i>відвідати лікаря</i>	1260,5	400,7	337,8	738,5	522,0
у тому числі з причин (%):					
-черга була занадто довгою	12,9	18,3	15,7	17,1	7,1
-відсутність медичного спеціаліста потрібного профілю	2 3,6	9,2	2 5,7	16,7	33,4
-занадто висока вартість послуг	63,1	71,4	58,6	65,6	59,5
<i>провести медичні обстеження</i>	2159,2	816,0	534,8	1350,8	808,4
у тому числі з причин (%):					
-черга була занадто довгою	3,0	3,4	4,9	4,0	1,3
-відсутність медичного спеціаліста потрібного профілю	7,5	0,6	1 1,9	5,1	11,6
-занадто висока вартість послуг	89,2	95,3	83,2	90,5	87,1
<i>отримати лікування у стаціонарі</i>	1607,6	566,0	397,9	963,9	643,7
у тому числі з причин (%):					
-відсутність вільних місць	1,4	0,3	0,8	0,5	2,8
-відсутність відділення потрібного Профілю	2,4	1,8	2,7	2,2	2,9
-занадто висока вартість лікування	96,2	97,9	96,5	97,3	94,3

Джерело: Складено за даними ДССУ.

Адже головним аргументом противників медичної реформи є те, що згідно законодавства державна політика охорони здоров'я забезпечується бюджетними асигнуваннями в розмірі, що відповідає її науково обґрунтованим потребам, але не менше десяти відсотків національного доходу [5]. Прихильники державної медицини апелюють до аргументів Всесвітньої організації здоров'я, яка декларує, що доступ до системи охорони здоров'я є невід'ємним правом людини незалежно від її можливості платити за послуги лікарів та ліки. Противники цієї системи використовують інші аргументи.

Насамперед, націоналізовані системи охорони здоров'я уражені бюрократією, неефективно використовують кошти та погано управляються, пацієнти не мають можливості вибору лікаря.

Для усунення нерівності в доступі до якісного медичного обслуговування та створення системи охорони здоров'я, яка відповідатиме потребам населення необхідна медична реформа, основний акцент якої повинен бути направлений на створення нової моделі охорони здоров'я України.

У світі існує безліч класифікацій моделей організації охорони здоров'я, проте, як правило, експерти зводять їх до чотирьох класичних (які відрізняються, в першу чергу, джерелами фінансування):

- 1) модель приватного фінансування охорони здоров'я (американська);
- 2) модель Бісмарка — медичне страхування (німецька);
- 3) модель Беверіджа — бюджетне фінансування (англійська);
- 4) модель Семашка (колишня радянська).

Кожна з моделей має свої переваги і вади. Одна з них передбачає обов'язкове соціальне медичне страхування: все населення відраховує певну частку доходів на медицину, оплачуючи таким чином лікування тих, хто його потребує. За іншою моделлю, яка діє у таких країнах, як Великобританія, Ірландія, Данія, Фінляндія, Швеція, Норвегія, Португалія, потребу громадян у медичній допомозі повністю задовольняє держава.

В сучасних умовах в ряді країн Європи, таких як Італія, Греція, Іспанія та Великобританія, державна система охорони здоров'я успішно поєднується зі страховою, при цьому для фінансування медичного обслуговування використовуються також і кошти добровільного медичного страхування. В країнах, що визнані ВООЗ кращими з ефективності і доступності медичної допомоги, обов'язковим соціальним медичним страхуванням охоплено майже 80 % населення.

Перевагами бюджетно-страхового фінансування охорони здоров'я є те, що страхові внески мають цільовий характер і захищені від політичних маніпуляцій. Розмір цих внесків не залежить від ризику хвороби, об'єм медичних послуг є універсальним для всіх застрахованих, не залежить від розміру внеску і визначається лише потребами конкретної людини. Внески здійснюються з бюджету, а також за рахунок працюючих і роботодавців. Роботодавцям не лише важливі здорові і ефективно працюючі співробітники, а й з допомогою пакету соціальних послуг вони надіються утримати найбільш цінних працівників. Страхові відрахування є неоподаткованими витратами.

Приватне фінансування охорони здоров'я, що здійснюється із коштів окремих осіб чи групи засновників-акціонерів, регулюється відповідним законодавством. В багатьох країнах стараються не допускати чи суттєво обмежити безпосередню оплату медичної допомоги пацієнтами. На фоні приватного медичного страхування в США витрати на медицину складають 2,26 трлн. дол., або 7439 дол. на людину (16 % ВВП) [7].

Поточна ситуація по боротьбі з коронавірусом продемонструвала, що медична система і наука практично всіх країн світу, в тому числі і України,

зовсім не готові до масштабної пандемії з погляду на те, що довгі роки не виділялося достатньо коштів на фінансування науки і медицини, на зарплати вченим і медикам. Проте, чіткої стратегії і конкретних покрокових дій у боротьбі з пандемією не має жодна країна світу, що ще раз підтверджує думку про проблеми в охороні здоров'я планетарного характеру.

Період пандемії в європейських країнах показав безліч недоліків в національних системах охорони здоров'я. Наприклад, у Франції за кілька місяців до початку пандемії медпрацівники вийшли на страйк, нарікаючи на недостатнє фінансування і низькі зарплати. У Греції (2009–2016 рр.) закрили половину лікарень і звільнили близько 13 тис. лікарів, у зв'язку з тим, що фінансування на систему охорони здоров'я скоротили вдвічі, а внаслідок приватизації, частину витрат на медичне забезпечення взяли на себе приватні особи. У підсумку така політика призвела до тяжких наслідків, відчути які французи і греки змогли внаслідок поширення коронавірусної інфекції, а саме: на 100 тис. французів передбачено 11 ліжко-місць інтенсивної терапії, а на 100 тис. греків — всього 6. Хоч в Італії показники з ліжко-місцями йдуть трохи краще, ніж у Франції та Греції (12 місць на 100 тис. італійців), але більша кількість летальних випадків внаслідок виниклого вогнища в регіоні Ломбардія.

Американська медицина і система охорони здоров'я, яку вважають однією з найкращих у світі, в цілому виявилася так само безсилою перед пандемією коронавірусу. У США немає як такої абсолютно безкоштовної медицини: тільки мала частина населення (літні, бідні) лікуються за державними програмами безкоштовно, інші купують страховку. Але не всі в змозі оплатити вартість страховки, тому медицина в США є дорогим задоволенням і аж ніяк не суспільним благом, звідси й високі показники заражених і померлих від коронавірусу. Соціальна нерівність в доступі до медичної допомоги в найбагатшій країні проявилася в тому, що найбільше летальних випадків серед афроамериканців. Бідні люди не можуть скористатися усіма благами сучасної американської медицини, яку представляють новітні методи лікування, сучасне обладнання та інноваційні підходи до лікування. Адаже навіть медичне страхування часто не покриває багато послуг, а виклик швидкої допомоги в середньому коштує \$ 600.

Також важливо відмітити, що ідеальної системи охорони здоров'я не існує в жодній країні, навіть у тій, де вважається вона найкращою. Невдоволення системою охорони здоров'я власної країни спостерігаються повсюдно. Наприклад, американцям не подобається нинішній стан їхньої медицини: за даними останнього опитування, проведеного Commonwealth Fund, цілих 82 % громадян США вважають, що ця система вимагає або фундаментального реформування, або повної перебудови. У Нідерландах 58 %, у Німеччині 78 % населення виступає за фундаментальні реформи або повний перегляд своїх систем охорони здоров'я.

Проаналізувавши всі плюси і мінуси національних систем охорони здоров'я, в Україні дійшли висновку, що для української реформи прототипом може стати британська модель. Великобританія є одним з лідерів охорони

здоров'я за показниками, насамперед, забезпечення рівності в доступі до медичних послуг, якості цих послуг, включаючи дієвість, безпечність, координацію, організацію допомоги, доступність, продуктивність системи загалом. В країні вдалося налагодити роботу медичної галузі без посередників (страхових компаній), внаслідок чого її вважають найпродуктивнішою у світі. Тому для реформування системи охорони здоров'я в Україні можна використати такі переваги британської системи, як доступність медичної послуги, зручність її отримання й намагання найбільш ефективно використати наявні ресурси.

Британська система охорони здоров'я, що увійшла в історію як система Беверіджа, народилася в Англії у 1911 році й збереглася там у класичному вигляді (хоча й зазнає суттєвих реформ упродовж останніх десятиліть). З 1948 року у Великій Британії діє Національна система охорони здоров'я (NHS). Ця система фінансується з коштів платників податків і надає безкоштовно більшість медичних послуг будь-кому, хто легально живе у цій країні. Фінансовою основою NHS є надходження від податків, які становлять 90 % бюджету охорони здоров'я. Кожен британець платить за медицину відповідно до своїх доходів. NHS надає безкоштовну медичну допомогу з огляду на потреби пацієнта, а не на його відрахування. Слід зазначити, що не всі послуги Національної системи охорони здоров'я є безкоштовними. У вигляді прямих платежів пацієнти оплачують приватне лікування в установах NHS, безрецептурні лікарські засоби, офтальмологічну та стоматологічну допомогу. За стоматологічні послуги і рецептурні препарати, що надаються в рамках NHS, із пацієнтів стягуються співплатежі, від яких звільнені громадяни віком до 16 і понад 60 років, а також незаможні верстви населення. Щодо ліків, то за рецептом лікаря будь-які з них мають стандартну ціну, незважаючи на собівартість. Фінансування за рахунок загальних податкових зборів забезпечує 82 % витрат на утримання установ NHS і 100 % зарплати лікарів, медичних сестер та незалежних лікарів загальної практики. Додаткові джерела фінансування NHS (18 %) представлені пожертвами, державним страхуванням, комерційною діяльністю установ NHS.

Медичні послуги у Великій Британії поділяють на первинні що надаються в офісах лікарів загальної практики, амбулаторних хірургічних відділеннях, стоматологічних та офтальмологічних кабінетах та вторинні — спеціалізовані медичні послуги в госпіталях, медичних центрах, а також робота психологів і психіатрів. Більшість (95 %) амбулаторної допомоги в країні надається незалежними лікарями загальної практики, які найчастіше працюють групами. Основний принцип оплати — «гроші йдуть за пацієнтом» - надає пацієнтам право вільного вибору лікаря, гонорар якого залежить від кількості пацієнтів, їх статі, віку. Звернення до лікаря загальної практики (який у разі необхідності надає направлення до клінічних фахівців) безкоштовне для пацієнта. Якщо ж хворий вирішить звернутись до спеціаліста з власної ініціативи — йому доведеться платити за такий візит із власної кишені (окрім випадків невідкладної допомоги).

Функціонування Національної системи охорони здоров'я у Британії не виключає і приватної медицини, що фінансується з приватного страхування людей, яким охоплено близько 8 відсотків населення країни. В останні роки національна система охорони здоров'я все більше залучає приватний сектор, аби розширити свою пропускну спроможність.

Реформування охорони здоров'я в Україні неможливе без визначення пріоритетів. Спираючись на досвід Британської системи охорони здоров'я, враховуючи досвід інших розвинених країн, а також власний, можна виділити такі першочергові завдання: запровадження механізму оплати медичних послуг за принципом «гроші йдуть за пацієнтом», доступність ліків та увага громадському здоров'ю.

Стрижнем добре організованої системи охорони здоров'я, як стверджують нині провідні експерти Європи, має бути первинна медична допомога, тобто сімейна медицина. Ще у 1978 році в Алма-атинській декларації ВООЗ було ініційовано проведення реформ у галузі охорони здоров'я з пріоритетним розвитком первинної медико-санітарної допомоги у багатьох країнах світу, зокрема й в Україні. Досвід переважної кількості європейських країн розглядає сімейну медицину як таку, що забезпечує тривалу опіку здоров'ям людини та всіх членів її родини незалежно від характеру захворювання, стану органів та систем організму у всі періоди її життя. Процес впровадження на наших теренах сімейної медицини тривалий і непростий і розпочався він з експерименту в Дрогобичі Львівської області, коли тут у 1987 році було відкрито першу амбулаторію загальної практики — сімейної медицини.

У січні 2018 року медична реформа розпочалася із запуску сімейної медицини європейського зразка. В Україні майже 22 тисячі сімейних лікарів, які надають медичну допомогу 30 млн. українцям, 29 млн. 883 тис. громадян України уклали декларацію з сімейним лікарем. Відбувся перший етап реформування сімейної медицини. Ще потрібно ухвалити документи, які б врегулювали права сімейних лікарів, терапевтів і педіатрів, врегулювали відносини пацієнтів і сімейних лікарів, відносини між сімейними лікарями та другою ланкою медичної допомоги, яка знаходиться в процесі реформування.

1 квітня 2020 року в Україні почався другий етап медичної реформи. Він передбачає, що лікарні укладають договори із Національною службою здоров'я України і отримують фінансування виключно за надані пацієнтам послуги, які мають свій тариф. Як наслідок, деякі спеціалізовані лікарні відчували нестачу коштів, що призвело до закриття медичних закладів і звільнення лікарів і медпрацівників. Тому Урядом України були внесені певні зміни, які дозволять фінансувати медзаклади на рівні, не меншому за попередній рік. Вони почнуть діяти з 1 липня і до кінця 2020 року, а з 2021 року буде функціонувати оновлена система надання медичної допомоги. Натомість до 1 квітня 2020 року українські лікарні фінансували виключно наданням субвенцій.

Висновки. У порядку реформування вітчизняної системи охорони здоров'я доцільними для запровадження є ті моделі, в основі яких лежать

фундаментальні принципи: забезпечення рівності в доступі до медичних послуг, відповідальність держави, доступність та якість медичної послуги, зручність її отримання, намагання найбільш ефективно використати наявні ресурси. запровадження механізму оплати медичних послуг за принципом «гроші йдуть за пацієнтом»,

Література

1. Гаврилишин Б. До ефективних суспільств: Дорогокази в майбутнє: доп. Римському Клубові. К.: Унів. вид-во ПУЛЬСАРИ, 2009. 248 с.
2. Загальна теорія здоров'я та здоров'язбереження: колективна монографія. Під заг. ред. проф. Ю. Д. Бойчука. Харків: Вид. Рожко С. Г., 2017. 488 с.
3. Бакіров В. С. Нові нерівності – нові конфлікти: шляхи подолання. Тези доповідей та виступів учасників III конгресу соціологічної асоціації України. Харків, 12–13 жовтня 2017 року.
4. Конституція України: Закон від 28.06.1996 р. № 254к/96-ВР. Редакція від 30.09.2016 р. URL: <http://zakon5.rada.gov.ua/laws/show/254%D0%BA/96-%D0%B2%D1%80/page4>. (дата звернення: 02.06.2020).
5. Основи законодавства України про охорону здоров'я: Закон України від 19.11.1992 р. №2801-ХІІ в редакції від 10.03.2018 р. URL: <http://zakon2.rada.gov.ua/laws/show/2801-12>. (дата звернення: 02.06.2020).
6. Заглада О.О., Кризина Н.П. Переваги та недоліки запровадження системи фінансування за методом глобального бюджету у закладах охорони здоров'я України. *Інвестиції: практика та досвід*. 2012. №7. С. 108–112.
7. Лехан В.М., Крячкова Л.В., Заярський М.І. Аналіз реформ охорони здоров'я в Україні: від здобуття незалежності до сучасності. *Україна. Здоров'я нації*. 2018. № 4 (52). С.5–11.
8. Лободіна З. Удосконалення національної моделі фінансування охорони здоров'я. *Фінанси України*. 2010. №4. С. 88–97.
9. Резолюція WHA58.33. Устойчивое финансирование здравоохранения, всеобщий охват и медико-социальное страхование. *Fifty-eighth World Health Assembly*. Женева, Всемирная организация здравоохранения, 2005 (http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA58/WHA58_33-en.pdf, accessed 23 June 2010).
10. Мировая статистика здравоохранения 2014 г.: значительный рост продолжительности жизни. <http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2014/world-health-statistics-2014/ru/>
11. Фірсова О. Система охорони здоров'я Норвегії, особливості її організації на муніципальному рівні: досвід для України. *Економіка та держава*. 2011. № 1. С. 100–104.
12. Юрочко Т. Реформування та розвиток системи охорони здоров'я в Україні. Режим доступу: https://rpr.org.ua/wp-content/uploads/2019/04/Fin_11.Toronto_Ohorona_zdorovya.pdf

References

1. Gavrilishyn B.(2009). To effective societies: Roadmaps to the future: ext. Roman Club. View. 3rd, add. Kyiv: Univ. PULSARI type, 248 p.
2. General theory of health and health conservation: a collective monograph. General. ed. prof. Yu. D. Boychuk. Kharkiv: Ed. Rozhko SG, 2017, 488 p.
3. Bakirov V.S. (2017). New inequalities — new conflicts: ways to overcome. Abstracts of reports and speeches of participants of the III Congress of the Sociological Association of Ukraine. Kharkiv. October 12–13.
4. The Constitution of Ukraine: Law of June 28, 1996 № 254k / 96-VR. Editorial from 30.09.2016 URL: <http://zakon5.rada.gov.ua/laws/show/254%D0%BA/96-%D0%B2%D1%80/page4>. (appeal date: 02.06.2020).
5. Fundamentals of Ukrainian legislation on health care: Law of Ukraine of 19.11.1992 №2801-XII as amended on 10.03.2018 URL: <http://zakon2.rada.gov.ua/laws/show/2801-12>. (appeal date: 02.06.2020).
6. Zaglada O.O., Krizina N.P. (2012). Advantages and disadvantages of implementing the system of financing by the method of the global budget in health care institutions of Ukraine. *Investments: practice and experience*, no. 7, pp. 108–112.
7. Lehan V.M., Kryachkova L.V., Zayarsky M.I. (2018). Analysis of health care reforms in Ukraine: from independence to the present. *Health of the nation*, no. 4 (52), pp. 5–11.
8. Lobodina Z. (2010). Improving the national model of health care financing. *Finance of Ukraine*, no. 4, pp. 88–97.
9. Resolution WHA58.33. Sustainable health financing, universal coverage and health and social insurance. In: Fifty-eighth World Health Assembly, Geneva, 16–25 May, 2005. Geneva, World Health Organization, 2005 (http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA58/WHA58_33-en.pdf, accessed 23 June 2010).
10. World Health Statistics 2014: Significant increase in life expectancy. <http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2014/world-health-statistics-2014/ru/>
11. Firsova O. (2011). The system of health care in Norway, the peculiarities of its organization at the municipal level: experience for Ukraine. *Economy and State*, no. 1, pp. 100–104.
12. Yurochko T. (2019). Reforming and development of the health care system in Ukraine. Access mode: https://rpr.org.ua/wp-content/uploads/04/Fin_11.Toronto_Ohorona_zdorovya.pdf.

Аннотация

Костюк В. С.

Проблема неравенности в доступе к качественному медицинскому обслуживанию и пути ее разрешения

В современном мире при общем росте ВВП и ВВП на душу населения происходит усиление социально-экономического неравенства, прежде всего, в доступе к современным социальным благам, одним из которых является здравоохранение. Реализация права человека на качественные медицинские услуги приводит направления политики государства в Украине на реформирование действующей системы здравоохранения и создания эффективной национальной модели.

Важным условием улучшения общественного здоровья является равный доступ всех граждан к качественному медицинскому обслуживанию независимо от платежеспособности. Проблема социального неравенства требует комплексного и всестороннего осмысления, прежде всего с точки зрения экономической науки, фиксирующий четкими количественными методами реальное состояние имущественного расслоения и оценивает вероятность его дальнейшей динамики.

Проведенные последние исследования показывают, что только около 50 % населения оценили свое здоровье как хорошее, около 10 % как плохое, при этом 81 % обращались за медицинской помощью в течение последних 12 месяцев. Аналогичные показатели стран ЕС на порядок лучше — почти 70 % населения оценивают свое здоровье как хорошее и 8 % как плохое. Образцом может служить Ирландия с показателями 84 % и 3,5 % соответственно.

Одной из причин низкой оценки своего здоровья населением Украины является низкий уровень доступности медицинской помощи, возможности приобретения лекарств и медицинских принадлежностей в зависимости от места проживания. Среди всех причин невозможности получить медицинскую помощь, приобрести лекарства и медицинские принадлежности, более 90 % опрошенных называют слишком высокую стоимость лечения или оказания медицинских услуг.

Для устранения неравенства в доступе к качественному медицинскому обслуживанию и создание системы здравоохранения, которая будет отвечать потребностям населения необходима медицинская реформа, основной акцент которой должен быть направлен на создание новой модели здравоохранения Украины. Реформирование здравоохранения в Украине невозможно без определения приоритетов. Опираясь на опыт Британской системы здравоохранения, учитывая опыт других развитых стран, а также собственный, можно выделить следующие первоочередные задачи: внедрение механизма оплаты медицинских услуг по принципу «деньги следуют за пациентом», доступность лекарств и внимание общественному здоровью.

Ключевые слова: система здравоохранения, реформирование здравоохранения, самооценка населением состояния здоровья и уровня доступности отдельных видов медицинской помощи.

Annotation

Kostyuk W.S. The problem of inequality in access to quality health care and ways to resolve it

In the modern world, with the general growth of GDP and GDP per capita, socio-economic inequality is growing, primarily in access to modern social benefits, one of which is health care. The realization of the human right to quality medical services determines the direction of the state policy in Ukraine on reforming the current health care system and creating an effective national model.

An important condition for improving public health is equal access for all citizens to quality health care, regardless of solvency. The problem of social inequality requires a comprehensive understanding, especially in terms of economics, which captures clear quantitative methods of the real state of property stratification and assesses the probability of its further dynamics.

Recent studies show that only about 50 % of the population rated their health as good, about 10 % as poor, with 81 % seeking medical attention in the last 12 months. Similar indicators of the EU countries are an order of magnitude better — almost 70 % of the population assess their health as good and 8 % as bad. Ireland can serve as a model with 84 % and 3.5 % respectively. One of the reasons for the low assessment of their health by the population of Ukraine is the low level of availability of medical care, the ability to purchase medicines and medical supplies depending on the place of residence. Among all the reasons for the inability to receive medical care, buy medicines and medical supplies, more than 90 % of respondents say the cost of treatment or medical services is too high.

To eliminate inequalities in access to quality health care and create a health care system that meets the needs of the population, medical reform is needed, the main focus of which should be on creating a new model of health care in Ukraine. Health care reform in Ukraine is impossible without setting priorities. Based on the experience of the British health system, taking into account the experience of other developed countries, as well as its own, the following priorities can be identified: the introduction of a mechanism for paying for medical services on the principle of "money follows the patient", access to medicines and public health.

Key words: *health care system, health care reform, public self-assessment of the state of health and the level of availability of certain types of medical care.*