

ЩИРБА М. Ю.,

кандидат юридичних наук,
асистент кафедри теорії
та історії держави і права
(Східноєвропейський національний
університет імені Лесі Українки)

УДК 340.12:327.39

ДОСТУПНІСТЬ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я (ТЕРИТОРІАЛЬНИЙ, ПРОФЕСІЙНИЙ ТА ІНФОРМАЦІЙНИЙ КРИТЕРІЙ)

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 таких критеріях доступності, як територіальний, професійний та інформаційний. Проводиться аналіз змісту визначених критеріїв доступності.

Ключові слова: пацієнт, доступність територіальна, професійна, інформаційна, 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. Акцентируется внимание на таких условиях доступности, как территориальный, профессиональный и информационный. Проводится анализ содержания определенных критериев доступности.

Ключевые слова: пациент, доступность территориальная, профессиональная, информационная, правовой статус, здравоохранение.

The article deals with principles of legal status of patients. Specifies criteria for access to health care as a fundamental principle of legal status of this category of persons. The attention is focused on criteria such as availability of territorial, professional and informative. A content analysis of defined criteria availability.

Key words: patient accessibility, territorial, professional, informational, legal status, health.

Вступ. Охорона здоров'я є сферою суспільного життя, яка є особливо актуальною для особистості, оскільки рівень здоров'я людини здійснює безпосередній вплив на життєдіяльність індивідуума. Правовий статус пацієнта ґрунтується на принципах, які зазначені в міжнародних та національних нормах, де одним із визначальних вважається принцип доступності охорони здоров'я. Він має комплексний характер, оскільки включає ряд вагомих елементів, недотримання яких може призвести до недоступності для пацієнта медичних послуг та інших лікарських чи медичних засобів.

Контент-аналіз нормативних актів міжнародного та вітчизняного рівня дає нам можливість встановити, що принцип доступності включає такі критерії: фінансовий, територіальний, професійний та інформаційний.

Фінансовий критерій доступності передбачає рівний доступ до якісного обслуговування незалежно від економічної здатності оплатити медичні послуги, включаючи комплексне, ефективне та безпечне медичне обслуговування. Він є визначальним критерієм для доступності, оскільки відсутність належного фінансування охорони здоров'я спричиняє



порушення інших критеріїв доступності: територіального – внаслідок оптимізації закладів охорони здоров'я; професійного – через економію на сучасних методиках та засобах, освітніх програмах медичного персоналу тощо; інформаційного – технічна відсутність належного рівня інформування пацієнтів.

Все ж не менш важливими є інші критерії доступності, тому в межах цієї наукової праці слід звернути увагу на їх сутність та значення, що надасть можливість комплексного сприйняття принципу доступності правового статусу пацієнтів.

Останнім часом у науковій літературі активна увага привертається до проблеми сфери охорони здоров'я. Більшість проблем розглядаються в ракурсі галузевого правознавства. Новизною відзначаються наукові доробки І. Венедіктова, Д. Гергеля, С. Стеценко, І. Сенюти, В. Третьякової та ін. Однак розгляд проблеми доступності охорони здоров'я саме в плані визначення критеріїв її складу потребує ґрунтовнішого аналізу та комплексного підходу з погляду загальнотеоретичної юриспруденції.

Постановка завдання. Метою статті є аналіз територіальної, професійної та інформаційної доступності охорони здоров'я як елементів принципу правового статусу пацієнтів.

Результати дослідження. *Територіальний* критерій доступності передбачає можливість фізичного доступу до закладів охорони здоров'я, медичних фахівців необхідного профілю, медичних послуг та засобів. Можливості своєчасного надання медичних послуг значною мірою залежать від рівня розвитку соціальної інфраструктури, її місткості, кадрового складу персоналу та матеріально-технічного забезпечення, а розгалужена мережа медичних закладів будь-якої території є основою розвитку місцевого ринку медичних послуг. На жаль, сьогодні ці ринки не виконують головних функцій щодо забезпечення населення якісними та доступними медичними послугами [1, с. 3].

Отже, територіальна доступність передбачає не формальний доступ до медичних послуг, а якісних, необхідних для збереження та відновлення здоров'я пацієнтів.

Правова політика у сфері охорони здоров'я повинна враховувати принцип територіальної доступності, щоб забезпечити необхідну розгалужену систему органів охорони здоров'я, при цьому враховуючи регіональні та місцеві особливості проживання пацієнтів. Територіальна доступність первинної ланки медичної допомоги, на нашу думку, має домінантне значення, передбачає профілактику, діагностування захворювання, скерування до галузевих спеціалістів та ряд інших необхідних заходів. Прогалина в забезпеченні доступності до первинної ланки передбачає можливість пізнього звернення за допомогою, що може бути фатальним для здоров'я пацієнта. Ця мережа також має включати розгалуженість закладів для кожної категорії населення та рівнів медичної допомоги. Пропозиції Комітету міністрів державам-учасницям для покращення розподілу медичної допомоги в лікарнях і поза лікарнями № R (80)15 пропонує передбачити концентрацію або координацію добровільних служб і служб охорони здоров'я в місцевий блок, заохочуючи таким чином децентралізацію допомоги і раціоналізацію її структури [2].

Айсбергом цієї проблеми є питання рівного доступу жителів сільських та міських територій проживання до медичних послуг. Проблему констатують й у ВООЗ, вказуючи, що велика різниця в смертності відмічається між контингентами сільського та міського населення, а також між різними областями та регіонами в межах однієї й тієї ж держави [3]. Вказане створюється в тому числі територіальною недоступністю охорони здоров'я.

Політика у сфері забезпечення належного соціального та економічного існування жителів сільської місцевості вміщує ряд блоків цієї проблеми, серед яких – створення робочих місць, інфраструктури, належне місцеве врядування. Одним із ключових блоків є питання забезпечення належної охорони здоров'я жителів сільської місцевості, а в разі потреби – можливості фізичного доступу до спеціалізованих закладів із мінімальними витратами. Комплексні цільові програми розвитку сільських місцевостей повинні передбачати залучення органів охорони здоров'я до модернізації цих процесів.

Всесвітньою медичною асамблеєю ще в 1964 році (внесені поправки у 1983 р.) прийняті Рекомендації, які стосуються охорони здоров'я в сільській місцевості [4], зазначаєть-



ся основним правилом те, що сільське населення має такі ж права на отримання медичної допомоги, як і люди, які мешкають у містах. Асамблея визначає, що безумовно можуть існувати розбіжності, зумовлені територіальними особливостями, щодо кількості медичних послуг, однак тут основним критерієм виступає якість медичних послуг.

Наступною вагомою тезою є твердження, що обов'язок держави у сфері рівності прав пацієнтів має бути забезпечений комплексом заходів. На основі аналізу нормативного акту ми можемо узагальнити такі рекомендовані заходи:

- заходи щодо надання медичної допомоги дипломованими лікарями у сільській місцевості включно;
- підвищення кваліфікації медичних працівників до найвищого рівня в даній державі;
- забезпечення таких умов праці в державній системі охорони здоров'я, які були б достатньо привабливими, щоб система медичних послуг у сільській місцевості могла б розвиватись так, як і в містах;
- узгодженість програм технічного забезпечення профілактичної і лікувальної медицини, санітарної і медичної пропаганди;
- адекватність чисельності медичного персоналу в сільській місцевості.

В Україні вказана проблема особливо відчутна. Статистика свідчить, що в 2015 році про неможливість відвідати лікаря із-за відсутності медичного спеціаліста необхідного профілю заявили майже 25 відсотків сільських жителів, 5,9 відсотка – у жителів міських поселень [6]. Отож, демонстративною є картина дисонансу між сільською та міською медициною. Вказаний дисонанс не тільки порушує принцип територіальної доступності, але й прямо суперечить ще одному принципу правового статусу пацієнта у правовій державі – принципу рівності пацієнта.

Всесвітня організація охорони здоров'я, а саме її Європейське регіональне бюро, запропонувало на обговорення проект «Політика і стратегія забезпечення справедливості в питаннях охорони здоров'я» [5, с. 53], де визначає доступність як важливу категорію справедливості у сфері охорони здоров'я. В ній акцентовано увагу на такому критерії, як географічна доступність, під якою розуміють справедливий розподіл відповідних послуг всередині тієї чи іншої держави або в кожному населеному пункті. Отож, складовою територіальної доступності виступає можливість отримання медичної допомоги й інших послуг на місцях, тобто забезпечення фізичної можливості її отримання.

Надмірна завантаженість медичних працівників спричиняє вагомі проблеми, серед яких надто довгі черги до фахівців та зумовлені ними витрати часу та фізичних ресурсів пацієнтом. На такому фоні зменшується якість медичної допомоги. За даними Державної служби статистики за 2015 рік на неможливість доступу до органів охорони здоров'я внаслідок надто довгих черг вказує більше 8% домогосподарств [6].

Фаховий критерій передбачає можливість доступу до якісної допомоги, яка відповідає потребам пацієнта. Доступність безпосередньо пов'язана з професійністю лікарів-спеціалістів та іншого медичного персоналу.

У міжнародних нормах особливу увагу акцентовано на обов'язку лікарів створювати пріоритет якості медичних послуг. Медична асамблея у «Положеннях про доступність медичної допомоги» вказує, що «лікарі повинні взяти зобов'язання бути гарантом високої якості медичної допомоги і не дозволяти окремим факторам, які впливають на доступність медичної допомоги, піддавати ризику її якість» [7].

Статистика, що пов'язана з указаним критерієм, по Україні вкрай негативна. Укомплектованість лікарями загальної практики та сімейними лікарями у регіонах становить 65–67%, із них 26% – лікарі пенсійного віку. Також недостатня укомплектованість дільничними терапевтами та педіатрами на селі (27–65%) [8, с. 226]. Фаховість та професійна придатність лікарів стають другорядними, оскільки на сьогодні спостерігається різка проблема у відсутності медичних кадрів взагалі. Знову ж таки ця проблема є гострою у сільській місцевості, тому бачимо прерогативу на державному рівні розробляти програми щодо надання пільг, житла, фінансової допомоги та іншого виду стимулювання фахівців. Не другорядну роль



відіграє технічне забезпечення первинної медичної допомоги в сільській місцевості, забезпечення лікарськими препаратами тощо.

Проблема професійності безпосередньо пов'язана з системою медичної освіти. Всесвітня медична асамблея прийняла три положення стосовно медичних кадрів [9]. Узагальнити ці положення можливо в наступних вимогах: доступність медичної допомоги найвищої якості для всіх людей; прогрес медичної науки через розвиток нових знань, вмінь і методик; перевага прав пацієнтів перед екологічними чи політичними міркуваннями; забезпечення майбутнього покоління високими стандартами медичної допомоги; належний рівень підготовки претендентів, що допускаються до вивчення медицини; необхідність постійної практики для збереження кваліфікації тощо.

Декларація про медичну освіту, прийнята 39-ю Всесвітньою медичною асамблеєю в Іспанії (Мадрид), визначає поняття та основні принципи медичної освіти. Серед них найвагомішими, на нашу думку, є такі:

1) комплексність медичної освіти, що включає, окрім набутих професійних знань та навичок, прищеплення лікарям «етичних норм мислення і поведінки, які спрямовані на служіння іншим і в меншій мірі – на особисту вигоду» [10]. Безумовно, що й у межах освітніх програм інших професій необхідне вивчення деонтологічних засад поведінки та професійної комунікації, однак у сфері медичної освіти ці чинники відіграють особливе значення для суспільства, держави та пацієнтів;

2) медична освіта є безперервним процесом і не завершується на стадії отримання документа про присвоєння медичної кваліфікації, а включає в себе клінічну, післядипломну, самостійну та інші види освіти. Лікарі повинні вчитися протягом усього життя, а завершується медична освіта тільки відходом від активної медичної практики. Знання та навички лікарів повинні відповідати розвитку наукового потенціалу, технічному процесу для надання адекватної медичної допомоги.

Зазначимо, що міжнародна спільнота розвивала еталони медичної освіти, які знайшли своє відображення в Міжнародних стандартах медичної освіти, де для розвитку принципу безперервності та якості медичної освіти розроблено два рівні її стандартів: 1) базовий для кожного навчального закладу; 2) рівень якісного розвитку, який відповідає найкращій та ефективній освітній практиці в міжнародній медичній освіті [11].

Інформаційна відкритість є останнім у нашому аналізі, однак не менш важливим критерієм доступності. Вона передбачає наявність можливості доступу до інформації, яка пов'язана зі станом здоров'я пацієнта, медичних заходів, що проводилися, та тих, яких особа потребує для збереження та відновлення здоров'я, включаючи статистику їх ефективності та побічних наслідків, інформації про можливість використання новітніх досягнень у сфері медицини тощо. Основу цього принципу закладено в міжнародному документі, який зараз вважають домінуючим у сфері визначення прав пацієнтів – Лісабонській декларації стосовно прав пацієнтів 1981 року, де одним із прав констатовано можливість пацієнта погодитися чи відмовитися від лікування після отримання необхідної інформації.

Саме обов'язок компетентних медичних працівників та медично-лікувальних закладів надавати повну інформацію (всі відомості про особу пацієнта) закріплений у ст. 32 Конституції України, п. «е» ст. 6 та ст. 39 Закону України «Основи законодавства України про охорону здоров'я», ч. 5 ст. 23 Закону України «Про інформацію», рішенні Конституційного Суду України № 5-зп від 30 жовтня 1997 року. На первинному етапі інформаційна доступність передбачає відкритість для самого пацієнта інформації про стан його здоров'я та право на ознайомлення зі всією необхідною медичною документацією, яка відображає стан його здоров'я. Інформаційна доступність передбачає належність документованої інформації, що включає всі наявні у відповідній медичній установі документальні дані, зібрані про особу пацієнта, а також відомості про стан здоров'я, історію захворювання, можливі ризики, викликані захворюванням або пропонованим лікуванням, відомості про освіту, кваліфікацію і компетенцію практикуючого лікаря, і відповідно медичного персоналу, включаючи дані про медичні послуги та їх альтернативи, а також про те, яким чином



ними можна скористатися у лікувально-профілактичній установі, що надає допомогу пацієнту.

Враховуючи спеціалізовані особливості ведення документації, право на доступність інформації включає можливість вимоги тлумачення, роз'яснення інформації, яка міститься в цих документах. Лікар повинен пояснити діагноз хворому, методи лікування, результат його лікування, проведення різних маніпуляцій і довести до відома пацієнта інформування та розуміння всієї наданої інформації [12, с. 39].

Висновок. Територіальний критерій доступності передбачає можливість фізичного доступу до закладів охорони здоров'я, медичних фахівців необхідного профілю, медичних послуг та засобів. Проблема полягає у розбіжностях доступу до якісних медичних послуг жителів сільських та міських місцевостей. Наголошується, що правова політика у сфері охорони здоров'я повинна враховувати принцип територіальної доступності для того, щоб забезпечити необхідну розгалужену систему органів охорони здоров'я, враховуючи регіональні та місцеві особливості проживання пацієнтів, де територіальна доступність первинної ланки медичної допомоги має домінантне значення.

Фаховий критерій передбачає можливість доступу до якісної допомоги, яка відповідає потребам пацієнта. Проблема професійності безпосередньо пов'язана з системою медичної освіти, яка повинна відповідати таким вимогам: доступність медичної допомоги найвищої якості для всіх людей; прогрес медичної науки через розвиток нових знань, вмінь і методик; перевага прав пацієнтів перед екологічними чи політичними міркуваннями; забезпечення майбутнього покоління високими стандартами медичної допомоги; належний рівень підготовки претендентів, що допускаються до вивчення медицини; необхідність постійної практики для збереження кваліфікації тощо. Комплексність та безперервність освіти є першочерговими міжнародними стандартами у сфері медицини.

Інформаційний критерій передбачає наявність можливості доступу до інформації, пов'язаної зі станом здоров'я пацієнта, медичних заходів, що проводилися, та тих, яких особа потребує для збереження чи відновлення здоров'я, включаючи статистику їх ефективності та побічних наслідків, у тому числі інформації про можливість використання новітніх досягнень у сфері медицини тощо.

Список використаних джерел:

1. Герасимчук З.В. Регіональна політика розвитку ринків медичних послуг: напрями формування та реалізації / З.В. Герасимчук, І.Б. Шевчук. – Луцьк: Надстир'я, 2009. – 198 с.
2. Рекомендація Комітету міністрів державам-учасницям стосовно покращення розподілення медичної допомоги в лікарнях і поза лікарнями: Рада Європи, міжнародний документ від 14.11.1980 № R(80)15 // [Електронний ресурс]. – Режим доступу : http://zakon5.rada.gov.ua/laws/show/994_076.
3. Принципи рівності в питаннях охорони здоров'я // Права людини в системі взаємовідносин «лікар-пацієнт» у відкритому суспільстві. – К.: Медицина України, 2000. – 267 с.
4. Рекомендації, що стосуються охорони здоров'я в сільській місцевості: Всесвітня медична асамблея, міжнародний документ від червня 1964 р. // [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <http://lawua.info/jurdata/dir352/dk352989.htm>.
5. Dahlgren G., Whitehead M. Політика і стратегія забезпечення справедливості в питаннях охорони здоров'я // Права людини в системі взаємовідносин «лікар-пацієнт» у відкритому суспільстві. – К.: Медицина України, 2000. – 267 с.
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. Положення щодо доступності медичної допомоги: Всесвітня медична асоціація; міжнародний документ від 01.09.1988 // [Електронний ресурс]. – Режим доступу : http://zakon5.rada.gov.ua/laws/show/990_030/.



8. Лашкул З.В. Вплив моделі надання первинної медико-санітарної допомоги на принципах сімейної медицини на доступність і якість надання медичної допомоги: проблеми та шляхи їх вирішення / З.В. Лашкул // Україна. Здоров'я нації. – 2012. – № 2–3. – С. 224–228.

9. Положення стосовно медичних кадрів – I : Всесвітня медична асоціація; міжнародний документ від 01.10.1983 // [Електронний ресурс]. – Режим доступу : http://zakon3.rada.gov.ua/laws/show/990_019; Положення стосовно медичних кадрів – II: Всесвітня медична асоціація; Міжнародний документ від 01.10.1984 // [Електронний ресурс]. – Режим доступу: http://zakon3.rada.gov.ua/laws/show/990_020; Положення стосовно медичних кадрів – III: Всесвітня медична асоціація; Міжнародний документ від 01.10.1985 // [Електронний ресурс]. – Режим доступу : http://zakon3.rada.gov.ua/laws/show/990_023.

10. Декларація про медичну освіту: Всесвітня медична асоціація; Міжнародний документ від жовтня 1987 р. // Права людини в системі взаємовідносин «лікар-пацієнт» у відкритому суспільстві. – К.: Медицина України, 2000. – 267 с.

11. World Federation for Medical Education: Basic Medical Education (2003). WFME Global Standards for Quality Improvement. WFME, Copenhagen. // [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <http://www.wfme.org> (in English).

12. Булеца С.Б. Дотримання прав пацієнтів в українському законодавстві: проблеми та способи вирішення / С.Б. Булеца // Медичне право України: правовий статус пацієнтів в Україні та його законодавче забезпечення (генезис, розвиток, проблеми і перспективи вдосконалення): Матеріали II Всеукраїнської науково-практичної конференції 17–18.04.2008, м. Львів. – Львів, 2008. – С. 38–41.

