

**АДАПТОЛ® – СИЛА СПОКОЮ!**

Стрес..?

Роздратованість..?

Втома..?

Не можеш взяти відпустку?  
Візьми АДАПТОЛ!

**OLFA**  
ФАРМАЦЕВТИЧНИЙ МАРКЕТИНГ  
ТА ДИСТРИБ'ЮЦІЯ  
тел.: (044) 503 89 20  
www.olfa.ua

**OlainFarm**

Реклама лікарського засобу. Перед застосуванням необхідно ознайомитися з інструкцією по застосуванню препарату та проконсультуватися з лікарем.  
Звертайте в місця надрукування для дилера. Р.С. №UA/2785/01/02 від 20.08.2015 р. до 20.08.2020 р.; Р.С. №UA/2785/02/01 від 20.08.2015 р. до 20.08.2020 р.;  
Р.С. №UA/2785/01/01 від 15.01.2015 р. до 15.01.2020 р. Виробник АТ "ОлайнФарм".

1-2 (127-128)  
2016 р.

ISSN 1729-2344

МІС  
**МІС** Т Е Ц Т В О  
**ЛІКУВАННЯ**  
ИСКУССТВО ВРАЧЕВАНИЯ

Більше ніж медичний журнал



# Зміст

## ДИСТАНЦІЙНЕ НАВЧАННЯ • POSTGRADUATE EDUCATION

ЛЕГочная артериальная гипертензия В.И. Целуйко, Л.Н. Яковлева .....	4
ТЕСТОВЫЕ ВОПРОСЫ ДЛЯ САМОКОНТРОЛЯ .....	16
ФИБРИЛЛЯЦИЯ ПРЕДСЕРДИЙ У БОЛЬНЫХ С ГИПЕРТРОФИЧЕСКОЙ КАРДИОМИОПАТИЕЙ М.Н. Долженко, Е.В. Боброва, С.Н. Мырренко, А.О. Нудченко, Н.А. Перепельченко, К.С. Фарадж .....	18
ТЕСТОВЫЕ ВОПРОСЫ ДЛЯ САМОКОНТРОЛЯ .....	26

## РЕФОРМИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я • HEALTH CARE REFORMS

ДО ПИТАНЬ РОЗБУДОВИ НОВОЇ МОДЕЛІ НАЦІОНАЛЬНОЇ СИСТЕМИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я. ЧАСТИНА 1 І.В. Гуцук .....	28
СОВРЕМЕННЫЕ РЕАЛИИ ПО ОКАЗАНИЮ ПОМОЩИ ПАЦИЕНТАМ С ДЕПРЕССИЕЙ: ИТОГИ ПЕРВОГО ГОДА ВНЕДРЕНИЯ НАЦИОНАЛЬНОГО ПРОТОКОЛА О.С. Чабан, Л.Н. Юрьева, Е.А. Хаустова, А.И. Мамчур, А.Е. Николенко, О.Н. Барна .....	31

## СУЧАСНІ ПРЕПАРАТИ ТА ТЕХНОЛОГІЇ • STATE-OF-ART TECHNOLOGY AND MEDICATION

КОРРЕКЦИЯ ГИПЕРГЛИКЕМИИ У СТАЦИОНАРНЫХ БОЛЬНЫХ Л.В. Журавлева, А.А. Янкевич, И.И. Смирнов, Л.В. Ведяева .....	37
ГРИП: ОГЛЯД СУЧАСНИХ ВІТЧИЗНЯНИХ РЕКОМЕНДАЦІЙ .....	44
ЗАСТОСУВАННЯ ЛЕВОКАРНІТИНУ ПРИ ВТОРИННІЙ КАРДІОМІОПАТІЇ У ДІТЕЙ Ю.В. Марушко, Т.В. Гищак, Т.В. Марушко .....	48
НОВЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ ПОВЫШЕНИЯ ЭФФЕКТИВНОСТИ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ АТОПИЧЕСКИМ ДЕРМАТИТОМ Т.В. Проценко, О.А. Черновол, О.А. Проценко, А.С. Горбенко .....	53

# До питань розбудови нової моделі національної системи охорони здоров'я

## Частина 1

### Основні моделі охорони здоров'я у світі

Історія людства вказує на те, що в будь-якій державі життя і здоров'я громадян належали до найвищих суспільних цінностей, без яких був неможливий її подальший стійкий розвиток у соціально-економічній, культурній, військовій, політичній та інших сферах життєдіяльності.

Україна також не є винятком із цього правила. В статті 3 Конституції України зазначено: «Людина, її життя і здоров'я, честь і гідність, недоторканість і безпека визнаються в Україні найвищою соціальною цінністю».

Що ж насправді ми отримали за роки нашої незалежності? Демографічні показники держави з кінця 1990-х років вказують на загрозливі тенденції для нашого суспільства: зменшення народжуваності, збільшення смертності, постаріння нації, міграційні процеси тощо. За 25 років незалежності кількість населення зменшилась майже на 7 мільйонів людей. В Україні – одні з найгірших показників серед країн центральної та східної Європи, які характеризують систему охорони здоров'я: висока смертність, захворюваність та інвалідність. Так, за показниками смертності Україна посідає 2-ге місце в європейському рейтингу. Катастрофічно зростає захворюваність та смертність серед осіб працездатного віку. Наша держава впевнено лідує за темпами приросту соціально-небезпечних хвороб (ВІЛ/СНІД, туберкульоз, серцево-судинні патології та ін.). Після закінчення школи лише 7–10% випускників можна віднести до категорії відносно здорових.

За всі роки незалежності в Україні, тією чи іншою мірою, проводилося чи імітувалося проведення реформування медичної

**І.В. Гуцук**, к. мед. н.  
керівник науково-дослідного центру  
з «Екології людини та охорони громадського здоров'я»  
Національного університету «Острозька академія»,  
радник Голови Держсанепідслужби України  
з питань громадського здоров'я

галузі, в основному – через збільшення бюджету Міністерства охорони здоров'я України. Проте якщо необхідно зготувати борщ – чи зможете ви ситом наносити воду з криниці до хати, щоб його приготувати? Відповідь очевидна.

Перед тим як перейти до питання реформування медичної галузі в Україні, дозволю собі зробити короткий поверхневий огляд основних сучасних моделей організації системи охорони здоров'я у світі.

Світова практика охорони здоров'я протягом ХІХ–ХХ століть виробила декілька різних моделей організації системи медичної допомоги (СМД). Основні, базові моделі СМД умовно можна поділити на 4 групи, більшість інших – певною мірою є похідними.

Відмінності між моделями були зумовлені історичними, культурними та соціальними особливостями держав. Однак простежується і спільний напрям еволюції національних систем охорони здоров'я, пов'язаний із пошуком конструктивних рішень у полі дії двох практично протилежних тенденцій.

З одного боку, в усьому світі спостерігається постійне зростання цін на медичні послуги, викликане об'єктивним ускладненням професійної діяльності, подорожчанням медичної апаратури, медикаментів, з іншого – уряди більшості країн здійснюють політику, спрямовану на забезпечення соціальної стабільності та задоволення основних життєвих потреб усіх громадян, незалежно від їхнього майнового становища.

Тобто, різні моделі національних систем охорони здоров'я – це різні варіанти вирішення одного питання: як в умовах подорожчання медичних послуг забезпечити доступною та якісною медичною допомогою усіх громадян.

Тепер власне – про основні моделі СМД, їхні «плюси» і «мінуси».



### Перша модель:

#### ринкова організація системи охорони здоров'я

У цій моделі лікарі та населення взаємодіють як вільні суб'єкти ринку. Професіонали (лікарі) пропонують свої послуги, а споживачі (пацієнти) купують ці послуги за власні кошти. В результаті встановлюється ринкова ціна послуг. Солідарний принцип оплати медичної допомоги реалізовується шляхом добровільного медичного страхування (ДМС), де страхові компанії також є суб'єктами ринку, що діють у власних комерційних інтересах.

Роль держави обмежується законодавчим регулюванням ринку медичних послуг та окремими програмами, що компенсують соціальні витрати «ринкової моделі». Дану модель було реалізовано у США.

#### Переваги:

- мобільність ресурсів;
- наявність стимулів для розвитку професійної діяльності;
- висока інтенсивність діяльності;
- високий темп змін.

#### Недоліки:

- величезні соціально-економічні втрати: «не охоплені» виявляються великі соціальні групи людей, які не можуть оплачувати медичну допомогу (так, у США понад 30 млн людей не мають медичної страховки. Навіть така непопулярна медична рефор-

ма Барака Обами, яка по суті розділила націю навпіл, все ж залишить 23 мільйона незастрахованими до 2019 року);

- труднощі з оптимізацією системи охорони здоров'я у масштабах країни;
- високі сукупні суспільні витрати на охорону здоров'я;
- необхідність мати розвинену судово-правову систему, оскільки значна частина громадських доходів іде на утримання армії адвокатів.

### Друга модель:

#### ринкові відносини, що регулюються державою (система Бісмарка)

В цьому варіанті у лікарів та громадян значно менший ступінь свободи поведінки, ніж в умовах першої моделі, але існуючі недоліки гранично-ліберальної ринкової форми організації системи охорони здоров'я можуть істотно компенсуватися втручанням держави. Перший історичний досвід такого втручання – це реформа Бісмарка у Німеччині. Бісмарк запровадив обов'язкове медичне страхування (ОМС) у національному масштабі. У цій моделі лікарі залишаються вільними суб'єктами, які пропонують свої послуги на ринку. Держава ж законодавчим шляхом зобов'язує працедавців солідарно брати участь у частковій оплаті медичної допомоги за рахунок неприбуткових страхових установ (лікарняні каси). Решту доплачують громадяни. У системі Бісмарка страхові структури, які є суб'єктами ринку медичних послуг, зобов'язані використовувати всі зібрані кошти виключно на оплату медичної допомоги.

Держава практично не бере участі власними ресурсами у забезпеченні медичної допомоги. Проте суб'єкти ринку мають значно менший ступінь свободи поведінки, ніж в умовах першої моделі.

#### Переваги:

- зберігаються усі переваги ринкової моделі;

- принцип солідарної оплати медичної допомоги діє у національному масштабі, таким чином забезпечується доступність медичної допомоги для всіх.

#### Недоліки:

- необхідність створення громіздкого адміністративного апарату для здійснення складної системи розрахунків з ЛПЗ, утримання якого пов'язане з високими витратами;
- збереження недоліків ринкової моделі: зростання обсягів непотрібних послуг, великі витрати на судово-правове регулювання взаємовідносин суб'єктів сфери охорони здоров'я.

Таку модель реалізовано в Австрії, Бельгії, Франції, Німеччині, Нідерландах. Лише заможні країни можуть дозволити собі подібну організацію системи охорони здоров'я.

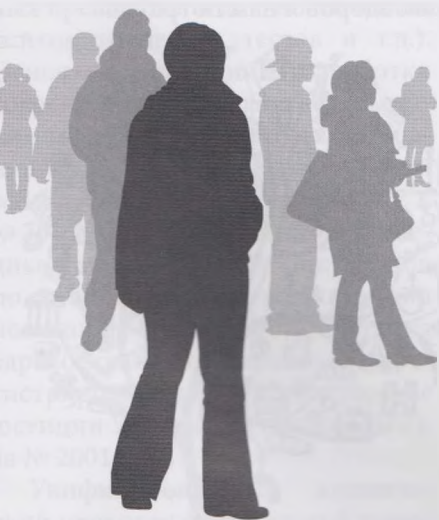
*Необхідно зазначити, що зі створенням системи ОМС в національному масштабі уперше було продемонстровано можливості держави в організації соціально справедливої системи охорони здоров'я.*

Якісним стрибком в еволюції національних моделей системи охорони здоров'я була заміна ринкових форм їхньої організації на державно-адміністративні (модель Беверіджа та модель Семашка). Реалізацію принципу солідарної участі всіх громадян в оплаті медичної допомоги повністю взяла на себе держава, що дозволило радикально викоринити недоліки ринкової системи.

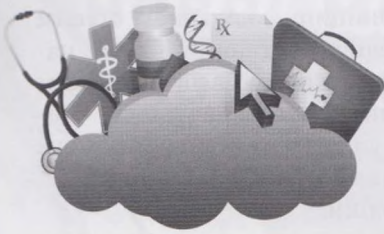
### Третя модель: система Беверіджа

Держава істотно обмежує ринкові відносини між лікарями та населенням. При цьому медична допомога гарантується усім громадянам, незалежно від їхнього соціального та майнового становища. Гарантом виступає держава.

Відносини між державою, лікарями та населенням змінюються. Лікарі перестають бути підприєм-







цями і працюють за наймом. У пацієнтів уже немає можливості ринкового вибору. Фактично і для медичних працівників, і для населення – це обмін ризиків та переваг ринкового існування на соціальну стабільність.

Разом з тим, система Беверіджа зберігає конкуренцію між лікарями. Однак конкурентна боротьба ведеться не за приватні ресурси громадян, а за ресурси держави, спрямовані на оплату медичної допомоги (що здійснюється за принципом «оплата іде слідом за пацієнтом»). Розмір грошової винагороди безпосередньо залежить від обсягу наданих послуг та кваліфікації лікаря.

Сьогодні таку модель реалізовано (з деякими національними особливостями) у Великій Британії, Канаді, Італії, Норвегії та деяких інших країнах.

#### Переваги:

- 100% доступність медичної допомоги;
- контроль держави над видатками на охорону здоров'я;
- можливість оптимізації системи охорони здоров'я у національному масштабі;
- відносна простота фінансування та оплати праці у сфері охорони здоров'я.

#### Недоліки:

- відсутність ринкових стимулів до підвищення якості послуг, невисокі стандарти медичного обслуговування;
- відсутність зацікавленості в економії всіх видів ресурсів як у організаторів охорони здоров'я, так і у медиків;
- наявність справедливих претензій з боку споживачів до якості обслуговування та до його організації (черги, байдужість персоналу тощо).

#### Четверта модель: модель Семашка

Найбільшою мірою нормативно-адміністративна форма організації системи охорони здоров'я втілилась у моделі Семашка, яка була реалізована в СРСР. У цій моделі взаємодію лікарів та пацієнтів було жорстко регламентовано і підпорядковано принципам планово-розподільчої організації господарства.

Лікарі – уже не просто наймані працівники, а зобов'язані державою службовці. Пацієнти втрачають право обирати лікаря; запроваджується так звана «приписка». І професійна діяльність, і умови надання медичної допомоги максимально уніфікуються. Діяльність організаторів системи охорони здоров'я також гранично регламентована.

Проте, як не дивно, ця модель також мала деякі свої переваги.

#### Переваги:

- висока ефективність у ситуаціях, що потребують мобілізації ресурсів (епідемії, війни, надзвичайні ситуації тощо);
- економічність: показники ефективності системи охорони здоров'я сягають тих самих значень, що і в розвинених країнах, проте за істотно менших (у десятки разів) видатків.

#### Недоліки:

- паралізованість і «омертвіння» усіх ресурсів (матеріальних, технологічних, інтелектуальних тощо);
- стагнація професійної діяльності у медичній сфері;
- низький темп змін.

Я розумію критику, яка буде з боку моїх колег та фахівців з соціально-економічних питань за, можливо, дуже спрощену оцінку СМД, але прошу врахувати, що дана стаття не є глибоким аналітичним оглядом СМД в майже 200 країнах світу, а призначена для пересічних громадян України, які, власне, і мають визначитись – яка ж національна система охорони здоров'я нам потрібна!

