

# Ризики при реформуванні галузі

29 травня у Києві під головуванням Віце-прем'єр міністра України Павла РОЗЕНКА відбулося розширене засідання Національної тристоронньої соціально-економічної Ради. На порядку денному стояло декілька питань, зокрема, слухалось і питання про реформу системи охорони здоров'я, забезпечення населення лікарськими засобами і медичними послугами.

На Раді багато виступаючих акцентували увагу на тому що, по-перше, реформа має відбуватися у правовому полі з дотриманням Конституції України, по-друге, шляхом широкої публічної дискусії та із налагодженням зворотного зв'язку між МОЗом та медичною спільнотою. Лише так можна прорахувати і запобігти ризикам, які виникатимуть при реформуванні галузі.

У роботі Ради взяли участь головний лікар Львівського обласного лікувально-фізкультурного диспансеру Степан СЕРЕДА та завідувач відділу Львівської обласної професійної спілки працівників охорони здоров'я України, старший викладач кафедри організації охорони здоров'я ЛНМУ ім. Данила Галицького Андрій ОЛІЙНИК.

Вашій увазі подаємо бачення ризиків реформування системи охорони здоров'я, які направила у Раду Львівська обласна професійна спілка працівників охорони здоров'я України.

## Законопроект №6327: мета і назва не відповідають змісту

Законопроект «Про державні фінансові гарантії надання медичних послуг та лікарських засобів» №6327 описується запровадження державного гарантованого пакету лише в загальних рисах, а конкретний обсяг медичних послуг, які будуть оплачуватися повністю чи частково за рахунок бюджетних коштів в його рамках, є мінливим і буде регулюватися Урядом та МОЗ України на рівні підзаконних нормативно-правових актів. Таке щорічне коригування буде залежати від фінансових можливостей Державного бюджету, що притаманно і для теперішньої системи фінансування системи охорони здоров'я. Крім того, законопроект не встановлено мінімальних державних гарантій оплати за рахунок бюджетних коштів медичної допомоги на вторинному та третинному рівнях. Не визначено також і чіткого критерію, за яким буде розмежовуватися співплата медичних послуг між державою та пацієнтом: згідно певної відсоткової частки (частини) вартості кожної медичної послуги чи по конкретних медичних послугах.

Оскільки державне солідарне медичне страхування запроваджується в межах та за рахунок існуючого загального обсягу бюджетних призначень на охорону здоров'я у Державному бюджеті, фінансові можливості держави і надалі будуть визначальним критерієм реального стану фінансування медицини. Виходячи з цього, законопроект спрямований радше на узаконення права держави фінансувати галузь охорони здоров'я в тому обсязі, скільки вона зможе або готова буде виділити, а також легалізувати можливість внесення пацієнтами офіційної плати за надану медичну допомогу. Таким чином мета і назва закону не відповідають його змісту.

2. Проект закону № 6327 чітко закріплює обов'язок громадян оплачувати частину медичних послуг, які не покриваються державним гарантованим пакетом. Така співплата встановлюється з метою стимулювання громадян до відповідального ставлення до свого здоров'я. В цей же час законопроект не визначено взаємних прав та обов'язків, а також конкретного механізму взаємодії між закладом охорони здоров'я, як постачальником медичної послуги, та пацієнтом, як застрахованою особою, насамперед в частині порядку внесення/стягнення коштів за тарифом співплати (передплата чи за фактом лікування). Як бути в випадках, коли пацієнт не буде мати коштів для оплати своєї частки вартості отриманої дорогої медичної послуги? Чи зможе заклад охорони здоров'я вторинного та третинного рівня відмовити пацієнту у наданні медичної послуги і у яких випадках?

За таких умов відкритим залишається питання про покращення доступності пацієнтів до медичної допомоги, зважаючи на надзвичайно велику частку населення, що знаходиться за межею бідності.

У фінансово-економічному обґрунтуванні до законопроекту наведені розрахунки доходу лікаря, який буде надавати первинну медичну допомогу (обрахунок вартості послуг ПМД). В цей же час логічним є наведення також розрахунку того, скільки пацієнт змушений буде оплачувати за рахунок власних коштів за отримання медичної послуги на вторинному та третинному рівні. Такі розрахунки відсутні.

3. Відповідно до статті 49 Конституції України кожен має право на охорону здоров'я, медичну допомогу та медичне страхування. 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. Держава сприяє розвитку лікувальних закладів усіх форм власності.

Згідно рішення Конституційного Суду України від 29.05.2002 р. № 10-рп/2002 (у справі про офіційне тлумачення норми про безоплатну медичну допомогу) у державних та комунальних закладах охорони здоров'я медична допомога надається безоплатно всім громадянам незалежно від її обсягу та без попереднього, поточного або наступного їх розрахунку за надання такої допомоги.

Безоплатність медичної допомоги полягає у відсутності для всіх громадян обов'язку сплачувати за надану їм у державних і комунальних закладах охорони здоров'я медичну

допомогу як у момент, так і до чи після її отримання, а також у будь-яких варіантах розрахунків (готівкових або безготівкових): чи у вигляді «добровільних внесків» до різноманітних медичних фондів, чи у формі обов'язкових страхових платежів (внесків) тощо.

Крім того, у вказаному рішенні КСУ чітко вказує на неприйнятність встановлення якихось меж безоплатної медичної допомоги у вигляді її гарантованого рівня, надання такої допомоги лише неспроможним верствам населення чи «у рамках, визначених законом» тощо. Це суперечить положенням статті 3, частини третьої статті 22 та низки інших статей Конституції України. Безоплатна медична допомога, передбачена Конституцією України, повинна надаватися всім громадянам у повному обсязі, тобто задовольняти потреби людини у збереженні або відновленні здоров'я.

Конституція України не забороняє і можливість надання громадянам медичних послуг, які виходять за межі медичної допомоги (за термінологією Всесвітньої організації охорони здоров'я – «медичних послуг другорядного значення», «парамедичних послуг»), у визначених закладах за окрему плату. Проте перелік таких платних послуг не може вторгтися у межі безоплатної медичної допомоги.

Виходячи із наведеного, проект закону «Про державні фінансові гарантії надання медичних послуг та лікарських засобів», який передбачає встановлення державного гарантованого пакету медичних послуг та обов'язок часткової оплати громадянами за надану їм медичну допомогу на вторинному та третинному рівнях, прямо суперечить ст. 22 та ст. 49 Конституції України із врахуванням офіційного тлумачення права на безоплатну медичну допомогу. Рішення Конституційного Суду України є обов'язковим для виконання всіма суб'єктами, в тому числі судами, а також органами влади при прийнятті нових законів чи підзаконних нормативно-правових актів.

Прийняття закону № 6327, який суперечитиме нормам Конституції, призведе до появи спорів між пацієнтами та закладами охорони здоров'я щодо надання медичної допомоги на безоплатній основі.

## Первинна медична допомога: недогляди і недоліки

1. Реформування первинної медичної допомоги згідно проектів МОЗ України розроблено з врахуванням інтересів лише лікарів, які здійснюють приватну медичну практику як фізичні особи-підприємці. Комунальні заклади, які надають ПМД, в результаті запропонованої реформи, зможуть отримати значно менше коштів, ніж отримують сьогодні.

2. Із запропонованої реформи ПМД повністю випали ФАП. 3. Задекларований розмір капітаційної ставки (210 грн.) за кожного підписаного пацієнта не враховує покриття видатків на:

- заробітну плату лаборантів, реєстраторів, технічного та обслуговуючого персоналу, кадрової, бухгалтерської, юридичної, економічної служб.

- утримання приміщень;
- обслуговування автомобіля;
- забезпечення кожного лікаря комп'ютерною технікою та інтернетом;

- проведення лабораторних досліджень, які входять до гарантованого пакету послуг. За відсутності власної лабораторії суб'єкту ПМД необхідно укладати договір із лабораторіями на комерційних засадах, що потягне за собою значні витрати.

4. Не визначено механізму заміни тимчасово відсутнього лікаря ПМД в сільській місцевості, де наявний лише один лікар.

5. Як в проекті Порядку надання ПМД, так і в проекті закону про внесення змін до Основ законодавства України про охорону здоров'я вживається термін «лікар з надання первинної медичної допомоги», єдині кваліфікаційні вимоги до якого мають визначатися МОЗ України. Виходячи із наведених формулювань, напрошується висновок про введення нової лікарської посади та, можливо, спеціальності. У зв'язку з цим немає жодної чіткості у питанні, які лікарі можуть надавати ПМД? Чи зможуть працювати на первинному рівні лікар загальної практики-сімейної медицини, лікар-терапевт, лікар-педіатр, інші спеціалісти?

6. Доцільним є визначення гарантії щодо мінімальної межі капітаційної ставки з коригуємим коефіцієнтом для ЗОЗ ПМД (Центри ПМСД, амбулаторії, поліклініки тощо), які на відміну



від ФАПів мають відповідну медичну базу, лабораторію, приміщення та достатній штат медичних працівників, в тому числі адміністративно-господарського та технічного персоналу.

## Госпітальні округи: чи на часі створення?

В основі чинного адміністративно-територіального устрою залишається поділ на райони, а процес створення об'єднаних територіальних громад лише починається. Тож існує загроза, що створені успіхом госпітальні округи не будуть співпадати із майбутнім адміністративним устроєм (повітами). На практиці складно буде визначити на базі ЦРЛ якого району створити лікарню інтенсивного лікування, що може породжувати конфлікти між громадами. У місті із значно меншим населенням може бути значно краща матеріально-технічна база ЦРЛ, насамперед приміщення лікарні.

Виходячи з цього, формування госпітальних округів доцільно проводити лише після проведення адміністративно-територіальної реформи, тобто завершення створення об'єднаних територіальних громад та появи повітів, а в межах останніх вже формувати госпітальні округи.

1. Відповідно до вимог статті 35-2 Основ законодавства України про охорону здоров'я, на виконання яких прийнята постанова КМУ від 30.11.2016 №932, надання вторинної (спеціалізованої) медичної допомоги забезпечують заклади охорони здоров'я:

- в стаціонарних умовах – багатопрофільні лікарні інтенсивного лікування, лікарні відновного (реабілітаційного), планового лікування, хоспіси, спеціалізовані медичні центри;
- в амбулаторних умовах – консультативно-діагностичні підрозділи лікарень, центри з медичних консультацій та діагностики (консультативно-діагностичні центри).

У Порядку відсутні критерії функціонування у госпітальних округах інших, окрім лікарні інтенсивного лікування, медичних установ.

Крім того, врегулювання в Порядку лише лікарень інтенсивного лікування може призвести до виділення коштів лише на функціонування зазначених закладів, а відтак скорочення існуючої мережі лікувально-профілактичних установ.

Тому цілком реальною є загроза, що утримання і фінансування інших типів ЗОЗ на вторинному рівні повністю або в більшій мірі ляже на плечі місцевих бюджетів.

2. Розмежування між лікарнями інтенсивного лікування I та II рівнів є нечітким, а відтак не зрозумілим. Не до кінця логічним та обґрунтованим є поділ лікарні інтенсивного лікування на I та II рівні, оскільки такий поділ відсутній в ст. 35-2 Основ законодавства України про охорону здоров'я.

Залишається відкритим питання чи може при визначенні лікарні I та II рівня враховуватися те ж саме населення, наприклад, скільки таких закладів може бути створено при наявності в окрузі 310 тис. населення.

3. Незважаючи на те, що до складу госпітального округу входить лікарня інтенсивного лікування I або II рівня, центром ГО є населений пункт, як правило місто з населенням понад 40 тис., в якому розміщена лікарня інтенсивного лікування II рівня. Таким чином, останній пункт не узгоджується з попереднім і може призвести до штучного укрупнення госпітальних округів.

4. Нечітко виписаний правовий статус лікарні інтенсивного лікування. Зокрема не зрозуміло, мова йде про окремий вид закладу охорони здоров'я, що вимагає внесення відповідних змін до наказу МОЗ України від 28.10.2016р., чи існуючому закладу, наприклад певній центральній районній лікарні, буде присвоєно такий віртуальний статус.

Очевидним є, що реформа вторинної ланки шляхом створення госпітальних округів призведе до необхідності скорочення існуючої мережі ЗОЗ, а також масового вивільнення медичних працівників. Своєю чергою це вимагає необхідності встановлення певних запобіжників для недопущення порушення вимог ст. 49 Конституції України, а також прийняття певних програм чи заходів щодо зведення до мінімуму несприятливих наслідків скорочення робочих місць та вивільнення медичних працівників. На сьогодні МОЗ України не розроблено, наприклад, жодної програми щодо перекваліфікації чи працевлаштування працівників.