

В.М. Пашков

Доктор юридичних наук, доцент, завідувач кафедри цивільного, господарчого та екологічного права  
Полтавського юридичного інституту Національного юридичного університету імені Ярослава Мудрого

## Правове забезпечення реформування сфери охорони здоров'я

Проведено аналіз проектів нормативно-правових актів щодо реформування сфери охорони здоров'я. При цьому звернено увагу на спробу запровадження оплатної медичної допомоги, зокрема вторинної (спеціалізованої) медичної допомоги і третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги. Проаналізовано зміст поняття «солідарне медичне страхування». Аналіз чинного законодавства та запропонованих проектів нормативно-правових актів розглядається порівняно із законодавством розвинутих країн — держав Європейського Союзу, а також Великобританії та США. Повністю розглянуто рішення Конституційного Суду України щодо тлумачення статті 49 Конституції України. Запропоновано висновки щодо модернізації законодавства у сфері охорони здоров'я.

**Ключові слова:** солідарне медичне страхування, медична допомога, система охорони здоров'я, правове забезпечення конституційних гарантій щодо охорони здоров'я.

### Вступ

На сьогодні в Україні найважливішим пріоритетом державної політики є збереження та зміцнення здоров'я нації на підставі не лише формування здорового способу життя, а і проведення реформування сфери охорони здоров'я в цілому, з метою підвищення доступності та якості медичної допомоги. У пошуку шляхів реформування охорони здоров'я у більшості країн СНД спостерігається збереження та навіть укріплення ролі держави в охороні здоров'я.

Водночас в Україні запроваджуються не лише процеси децентралізації галузі охорони здоров'я, а навіть здійснюються спроби запровадити оплатну медицину за рахунок пацієнтів, що тим самим порушує не лише конституційні гарантії щодо права на охорону здоров'я, а й вимоги міжнародних інституцій. І саме кризові явища та інтегрування економіки країни у систему тіньових фінансових потоків є головною причиною спроб з боку Уряду розробити концептуальні документи подальшого розвитку системи охорони здоров'я в Україні такого змісту.

Це відбувається незважаючи на наявність великої кількості правових досліджень з цього приводу, опублікованих зокрема у міжнародних виданнях. Так, правознавці поряд із дослідженнями правового забезпечення організації охорони здоров'я також звертали увагу на правове забезпечення надання окремих видів безоплатної медичної допомоги, зокрема трансплантації (Pashkov V.M. et al., 2016a), а також захисту інтелектуальної власності на фармацевтичному ринку (Pashkov V.M. et al., 2016b) правового регулювання використання програмного забезпечення медичної техніки (Pashkov V., Narkusha A., 2016), класифікації технічних регламентів програмного забезпечення медичної техніки (Pashkov V. et al., 2016), правового регулювання дистанційною торгівлею лікарськими засобами (Pashkov V. et al., 2017), правового забезпечення обігу лікарських засобів рецептурної групи (Pashkov V.M. et al., 2017) тощо. Однак починаючи з 2014 р. з боку Міністерства охорони здоров'я (МОЗ) України здійснено декілька спроб запровадити нові ідеї реформування сфери охорони здоров'я за іншими підходами, ніж ті, що задекларовані у сучасній правовій системі України — у тому числі шляхом розроблення проекту Національної стратегії реформування системи охорони здоров'я в Україні на 2015–2020 роки.

Заслужують також уваги такі законопроекти, як «Про внесення змін до статей 3, 8 та 35-1 Основ законодавства України про охорону здоров'я», «Про державні фінансові гарантії надання медичних послуг та лікарських засобів», «Про додаткові державні фінансові гарантії надання медичних послуг та лікарських засобів особам, які захищають незалежність, суверенітет та територіальну цілісність України в антитерористичній операції та забезпечують її проведення», «Про внесення змін до Бюджетного кодексу України щодо видатків на первинну медичну допомогу». Необхідно заува-

жити, що проекти вищезазначених нормативних актів не відповідають ні вимогам Конституції України, ні міжнародній практиці.

Теоретичні проблеми дослідження засобів регулюючого впливу держави на діяльність у сфері охорони здоров'я привертають увагу багатьох науковців. Їх досліджували, зокрема А.О. Гаркуша, З.С. Гладун, Е.А. Греков, Р.А. Майданик, А.О. Олефір, І.Я. Сенюта, С.Г. Стеценко.

Мета цієї публікації — з'ясування правового забезпечення реформування сфери охорони здоров'я. Мова йде перш за все про суб'єктний склад безоплатної медичної допомоги та межі такої допомоги.

### Виклад основного матеріалу

Загальнонаціональна система охорони здоров'я — поняття досить розпливчате, і на практиці воно реалізується різними способами, у кожній країні — це продукт її унікальних характеристик, історії, політичного процесу і національного характеру народу.

Зрозуміло, що охопити в рамках одного дослідження всі проекти нормативно-правових актів неможливо, саме тому нами проаналізовано нормативно-правові акти щодо реформування сфери охорони за останні три роки і лише ті, що підготовлені спеціально уповноваженим органом, який формує політику у сфері охорони здоров'я, а саме — МОЗ України.

По-перше, проаналізуємо коротко зміст проекту Національної стратегії реформування системи охорони здоров'я в Україні на 2015–2020 роки. Зауважимо, що цей документ на сьогодні вже не стоїть на порядку денному, а спроба його прийняття лише свідчить про існуючі тенденції нормотворчої діяльності щодо охорони здоров'я від МОЗ України.

Тобто зазначений документ із незрозумілим юридичним статусом так і не був прийнятий унаслідок ряду причин цілком об'єктивного характеру. З точки зору дослідників сфери охорони здоров'я головним посилом цього документа була ідея перетворення державних та комунальних закладів охорони здоров'я, які є бюджетними установами, у підприємства (Пашков В.М., 2015) з метою подальшого запровадження загальнодержавного соціального медичного страхування. Однією з ідей є надання безоплатної первинної допомоги суб'єктами приватного права, зокрема фізичними особами — підприємцями, які отримують відповідну ліцензію на медичну практику. Крім того, автори національної стратегії акцентують увагу на тому, що державні та комунальні медичні заклади можуть бути перетворені як у суб'єкти некомерційного господарювання (неприбуткові підприємства), так і в господарські товариства, тобто повноцінні комерційні підприємства.

Загалом ідея припинення існування медичних закладів як бюджетних установ, на нашу думку, правильна і давно вже підтримана в багатьох програмних документах країни. Однак зауважимо,

що цей посил піднесений як щось нове і революційне, а насправді є давно забутим минулим.

Так, ще у 2005 р. дослідник сфери охорони здоров'я В.М. Рудий у монографії «Законодавче забезпечення реформи системи охорони здоров'я в Україні» звертає увагу на необхідність перетворення існуючих державних та комунальних лікувально-профілактичних закладів із бюджетних установ в суб'єкти некомерційного господарювання, що працюють без бюджетного фінансування як неприбуткові підприємства на підставі договорів, у тому числі за державним замовленням (Рудий В.М., 2005). Попередньо цим же автором опубліковано ряд статей на зазначену тему.

Далі дослідники-правознавці в інших роботах обґрунтовували необхідність та можливість перетворення медичних закладів із бюджетних установ у суб'єкти некомерційного господарювання та прогнозували можливість існування медичних закладів як суб'єктів підприємницької діяльності за умови їх створення саме як суб'єктів приватного права, акцентуючи увагу на договорах державного замовлення на медичне обслуговування (Пашков В.М., 2009).

Іншими словами, на думку авторів, державні та комунальні медичні заклади мають стати саме некомерційними суб'єктами господарювання, а якщо фізичні особи чи підприємницькі товариства бажають отримувати прибуток у процесі здійснення медичної діяльності, то, будь ласка, створюйте самостійно медичний заклад, а держава не має цьому перешкоджати. Теоретично так все і відбувається.

Більше того, зазначені реформи планувалося запровадити також на виконання проекту Європейського Союзу (ЄС) «Фінансування та управління у сфері охорони здоров'я в Україні» (Міністерство охорони здоров'я України, 2003).

По-друге, проаналізуємо такі законопроекти: «Про внесення змін до статей 3, 8 та 35-1 Основ законодавства України про охорону здоров'я», «Про державні фінансові гарантії надання медичних послуг та лікарських засобів», «Про додаткові державні фінансові гарантії надання медичних послуг та лікарських засобів особам, які захищають незалежність, суверенітет та територіальну цілісність України в антитерористичній операції та забезпечують її проведення», «Про внесення змін до Бюджетного кодексу України щодо видатків на первинну медичну допомогу».

Зазначимо, що проведення будь-яких реформ, а ці законопроекти носять реформаторський характер, потребує прийняття відповідної Концепції. І схвалення Кабінетом Міністрів України (КМУ) від 30.11.2016 р. № 1013-р Концепції реформи фінансування системи охорони здоров'я не є достатнім аргументом в контексті статті 49 Конституції України та відповідних роз'яснень Конституційного Суду України, яких для розробників вищезазначених законопроектів нібито не існує.

У цьому сенсі актуальним при обговоренні реформаторських документів є твердження Т.С. Гавриш, що однією з перешкод для реформи може стати стаття 49 Конституції України та її тлумачення Конституційним Судом України (Конституційний суд України, 2002), викладене у 2002 р. щодо права на безоплатну медичну допомогу в необмеженому обсязі (Гавриш Т., 2017).

Сама вищезазначена Концепція реформи фінансування системи охорони здоров'я не відповідає навіть проекту ЄС «Фінансування та управління у сфері охорони здоров'я в Україні».

Прийняття аргументованої Концепції, яка б не суперечила Основному Закону України, необхідне хоча б з тієї причини, щоб усім було зрозуміло (і самим реформаторам також), яка система охорони здоров'я будується в Україні. І бажано, щоб ця Концепція була затверджена на законодавчому рівні й не залежала від її тимчасових виконавців.

Також слід керуватися головною заповіддю клятви Гіпократата: не зашкодь. Тому, перш ніж проводити реформування галузі, слід уважніше вивчити системи охорони здоров'я, що існують в інших країнах з усіма їх перевагами і недоліками.

Як стає зрозумілим із тексту Концепції реформи фінансування системи охорони здоров'я, схваленої КМУ від 30.11.2016 р. № 1013-р, для України, на думку урядовців, найбільш пріоритетною є тип і система охорони здоров'я, що базуються на принципі, який здійснюється шляхом сплати загальних податків до державного бюджету. Таку систему мають деякі країни — членів ЄС (Велика Британія, Іспанія, Італія, Ірландія, усі країни Скандинавії).

Між тим у світі існують такі основні види фінансування охорони здоров'я:

- державне;
- через обов'язкове та добровільне медичне страхування;
- змішана форма.

Зауважимо, що ці види у класичній формі практично не використовуються в жодній державі, але в деяких країнах займають домінуюче положення. Так, у Великобританії, Італії та Данії діє державна система фінансування. У таких країнах, як Німеччина, Франція, Австрія, Бельгія, Нідерланди, Швеція та Японія, домінує система обов'язкового медичного страхування (Череп А.В., 2013).

Іншими словами, системи охорони здоров'я країн Західної Європи традиційно ділять на дві групи: створені за «бевєридзьською» та «бісмарківською» моделями. Як вже зазначалося, перша так звана бюджетна модель, що впроваджена у Великій Британії та домінує в Данії, Ірландії, Швеції, Фінляндії, полягає в тому, що медичне обслуговування доступне для всіх громадян і фінансується за рахунок цільового оподаткування. Медичний персонал отримує заробітну плату залежно від кількості пацієнтів, яких він обслуговує (Горохов С.В., Старинчук С.Д., 2016).

Водночас у США діє змішана форма фінансування медичної допомоги, де близько 90% американців користуються послугами приватних страхових компаній (Череп А.В., 2013). За такою системою застрахована особа повинна вносити кошти у фонди страхувальника у розмірі середньої вартості медичних послуг, які надаються страховою компанією, але при підвищенні ризику страхові внески збільшуються. Ті верстви населення (безробітні, пенсіонери, малозабезпечені), які не мають змоги сплачувати такі кошти, захищені країною за допомогою розроблення та фінансування спеціальних соціальних програм доступності медичної допомоги (Череп А.В., 2013).

У зв'язку з тим, що для України, згідно з Концепцією реформи фінансування системи охорони здоров'я, схваленої КМУ від 30.11.2016 р. № 1013-р, актуальною нібито є модель, впроваджена у Великобританії, ми спочатку розглянемо другу, так звану бісмарківську систему охорони здоров'я.

За її основу було прийнято німецьке соціальне законодавство О. Бісмарка. Згідно з нею, медицина фінансується за рахунок обов'язкових внесків суб'єктів господарювання у спеціальні фонди, які створюються за професійною чи територіальною ознакою. Тобто страхувальниками працюючого населення в системі обов'язкового медичного страхування виступають підприємства, установи та організації, а управління цими фондами здійснюють представники застрахованих осіб (Горохов С.В., Старинчук С.Д., 2016). Громадяни, які не підлягають такому медичному страхуванню, зазвичай охоплені різними державними соціальними програмами або застраховані у приватних страхових компаніях. Така система набула найбільшого поширення в Німеччині, Швейцарії та Франції.

Проте, як вже зазначалося, у Великобританії використовується система бюджетного фінансування охорони здоров'я, що зумовлює і його державний характер з великою мірою централізації управління. Бюджетна схема передбачає фінансування охорони здоров'я із загальних податкових надходжень до державного бюджету та охоплює всі категорії населення. При цьому основна частина медичних закладів є державними, управління ними здійснюють центральні та місцеві органи влади за ієрархічним принципом (Бучкевич М.М., 2011). Основна частина коштів надходить із державного бюджету й розподіляється зверху до низу по управлінській вертикалі. Централізоване фінансування дає змогу стримувати зростання вартості лікування. Фінансовою основою національної системи охорони здоров'я є надходження податків, що становлять 90% бюджету охорони здоров'я. Тільки 7,5% його формується за рахунок внесків роботодавця. Отже, національна система охорони здоров'я існує практично за рахунок коштів, які вносяться платниками податків і виділяються державою на охорону здоров'я (Горохов С.В., Старинчук С.Д., 2016).

Відтак, система національної служби охорони здоров'я (НСОЗ) Великобританії заснована таких засадах: 1. Фінансування НСОЗ — переважно із загальних бюджетних надходжень. 2. Система охорони здоров'я з централізованим фінансуванням; 3. Збереження форми власності надавачами медичних послуг (Теннер М., 2011).

Приватне медичне страхування у Великобританії охоплює переважно ті сфери медичних послуг, які не забезпечуються НСОЗ. Приватним добровільним медичним страхуванням охоплено понад 13% населення (Череп А.В., 2013). І головне завдання діяльності приватних страхових компаній — це доповнення державної систе-

ми охорони здоров'я. Об'єктом страхування є лише ті ризики, які не бере на себе НСОЗ (Горохов С.В., Старинчук С.Д., 2016).

Тобто у рамках системи охорони здоров'я, побудованої за принципом єдиного платника, медичні послуги, що надаються усім громадянам, фінансує держава. Вона збирає податки, керує наданням медичної допомоги і безпосередньо її оплачує. По суті мова йде про заміну приватного страхування повністю державною системою. Зазвичай уряд розробляє загальний бюджет на потреби охорони здоров'я, вирішуючи, яку частину ресурсів країни слід виділяти на ці цілі, а також встановлює ціни чи обсяги компенсації тим, хто надає медичні послуги.

У деяких випадках медики є державними службовцями, які отримують зарплату (Теннер М., 2011). В інших вони залишаються незалежними й одержують компенсацію залежно від обсягу наданих послуг і проведених лікувальних заходів. У рамках найжорсткішого варіанта системи єдиного платника приватне медичне страхування та інші способи «добровільного виходу за рамки» державної медицини заборонені. Саме такому варіанту віддають перевагу Майкл Мур, Пол Кругман, Денніс Кусинич, організація «Лікарі за державну програму охорони здоров'я» та ін. (Теннер М., 2011).

Після ознайомлення з чинними системами охорони здоров'я проаналізуємо представлені на обговорення законопроекти та спробуємо, по-перше, зробити висновок, яку ж саме систему охорони здоров'я, незважаючи на декларації, все ж таки планують будувати в Україні. По-друге, проаналізуємо вимоги Основного Закону України (стаття 49 Конституції України), який регламентує: «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.

Відповідно до Рішення Конституційного Суду України від 29.05.2002 р., справа № 1 — 13/2002: «Положення частини третьої статті 49 Конституції України у державних і комунальних закладах охорони здоров'я медична допомога надається безоплатно», треба розуміти так, що в державних та комунальних закладах охорони здоров'я медична допомога надається всім громадянам незалежно від її обсягу та без попереднього, поточного чи наступного їх розрахунку за надання такої допомоги.

Поняття медичної допомоги, умови запровадження медичного страхування, у тому числі державного, формування і використання добровільних медичних фондів, а також порядок надання медичних послуг, які виходять за межі медичної допомоги, на платній основі у державних і комунальних закладах охорони здоров'я та перелік таких послуг мають бути визначені законом.

З приводу права на медичне страхування, то Конституційний Суд України у своєму Рішенні у справі за конституційним поданням 53 народних депутатів України щодо офіційного тлумачення положення частини третьої статті 49 Конституції України «у державних і комунальних закладах охорони здоров'я медична допомога надається безоплатно» (справа про безоплатну медичну допомогу) (Конституційний Суд України, 2001) зазначає, що частина перша статті 49 Конституції України закріплює право кожного на медичне страхування, тобто не обов'язкове, а добровільне медичне страхування громадян. Стосовно державного медичного страхування, то його запровадження не суперечитиме конституційному припису «у державних і комунальних закладах охорони здоров'я медична допомога надається безоплатно» лише у тому разі, коли платниками обов'язкових страхових платежів (внесків) будуть організації, установи, підприємства, інші господарюючі суб'єкти, які займаються підприємницькою діяльністю, державні фонди тощо (Моткова О., 2015).

Конституційний Суд України у своєму Рішенні (Конституційний Суд України, 2002) зазначив, що у правовому значенні термін «медична допомога» вживається у преамбулі статей 4, 16, 25, 33, 37, 52, 58, 60, 78 Основ законодавства України про охорону здоров'я. Статті 33, 35, 58, 67, 68, 77 Основ визначають вузлові складові медичної допомоги (швидка, невідкладна, первинна, спеціалізована, високоспеціалізована тощо). Її дефініція наведе-

на у спеціальних словниках понять і термінів Всесвітньої організації охорони здоров'я, визнаних Основами законодавства України про охорону здоров'я (стаття 3).

Саме поняття «медична допомога» розтлумачене у Рішенні Конституційного Суду України у справі за конституційним поданням 66 народних депутатів України щодо відповідності Конституції України (конституційності) Постанови КМУ «Про затвердження переліку платних послуг, які надаються в державних закладах охорони здоров'я та вищих медичних закладах освіти» (справа про платні медичні послуги) (Конституційний Суд України, 1998), а саме: «...поняттям «медична допомога» переважно охоплюються лікування, профілактичні заходи, які проводяться при захворюваннях, травмах, пологах, а також медичний огляд та деякі інші види медичних робіт» (абзац 3 пункт 2 мотивувальної частини Рішення).

Крім того, Європейська хартія прав пацієнтів (Європейська хартія прав пацієнтів (2002) наголошує, що кожен має право на доступність медичних послуг, які він/вона потребує за станом здоров'я (стаття 2). Медичні служби мають гарантувати рівний доступ для всіх без дискримінації за ознаками наявності фінансових ресурсів, місця проживання, виду захворювання або часу звернення за допомогою (стаття 2).

Відповідно до Рішення Конституційного суду України (справа про безоплатну медичну допомогу) (Конституційний Суд України (2002): стаття 49 Конституції України поряд із закріпленням гарантії на надання безоплатної медичної допомоги у державних і комунальних закладах охорони здоров'я містить також інші норми, зокрема про право кожного на охорону здоров'я, медичне страхування, обов'язок держави створювати умови для ефективного і доступного для всіх громадян медичного обслуговування, сприяти розвитку лікувальних закладів усіх форм власності тощо. Крім того, Рішенням встановлена обов'язковість надання безоплатної медичної допомоги всім громадянам незалежно від її обсягу та без попереднього, поточного чи наступного їх розрахунку за надання такої допомоги (пункт 5 мотивувальної частини Рішення).

У зазначеному Рішенні поняття «безоплатність» тлумачиться «У словосполученні «медична допомога надається безоплатно»... означає, що індивід, який отримує таку допомогу у державних і комунальних закладах охорони здоров'я, не повинен відшкодувати її вартість ні у вигляді будь-яких платежів, ні у будь-якій формі незалежно від часу надання медичної допомоги» (абзац 2 пункту 4 мотивувальної частини Рішення). Між тим, в зазначеному Рішенні існує і «лазівка».

Так, на думку Конституційного Суду України, наведене положення не забороняє і можливість надання громадянам медичних послуг, які виходять за межі медичної допомоги, у зазначених закладах за окрему плату. Перелік таких платних послуг не може втручатися у межі безоплатної медичної допомоги і відповідно до вимог пункту 6 частини першої статті 92 Конституції України має встановлюватися законом (абзац 9 пункту 4 мотивувальної частини Рішення).

Також зрозуміло, що впровадження державного медичного страхування в Україні не суперечить конституційному припису щодо безоплатності медичної допомоги в державних та комунальних закладах охорони здоров'я лише в тому разі, коли платниками обов'язкових страхових платежів (внесків) будуть суб'єкти господарювання, державні фонди тощо. Стягнення таких платежів (внесків) із громадян у системі державного медичного страхування не відповідатиме конституційному положенню, оскільки буде однією з форм оплати за надання їм допомоги в державних і комунальних закладах охорони здоров'я (Пашков В.М., 2006).

Так, в законопроекті «Про внесення змін до статей 3, 8 та 35-1 Основ законодавства України про охорону здоров'я» пропонуються такі зміни та доповнення, що можна вважати суттєвими.

Пропонується статтю 8 Основ законодавства України про охорону здоров'я доповнити частиною 3 такого змісту: «Держава також гарантує безоплатне надання первинної медичної допомоги всіма суб'єктами надання первинної медичної допомоги, з якими головний розпорядник бюджетних коштів відповідної бюджетної програми уклав договір про надання первинної медичної допомоги населенню». І в пояснювальній записці зазначена норма обґрунтовується тим, що «...одним із принципів реалізації нової моделі доопрацювання, в тому числі на рівні первинної медичної допомоги, повинна стати конкуренція постачальників медичної допомоги, яка створить мотивацію надавати більш якісні послуги, впроваджувати науково об-

ґрунтовані та економічно ефективні методи роботи, забезпечувати дотримання клінічних протоколів та професійних стандартів». А чинна редакція Закону України «Про основи законодавства України про охорону здоров'я» (стаття 8) передбачає, що безоплатне надання первинної медичної допомоги гарантується громадянам державою лише у разі отримання таких послуг у комунальних та державних закладах охорони здоров'я. Це виключає можливість залучення до надання послуг за бюджетні кошти закладів охорони здоров'я приватної форми власності, а також медичних працівників, які провадять господарську діяльність з медичної практики як фізичні особи — підприємці та функціонують як самостійні суб'єкти надання первинної медичної допомоги, не перебуваючи у цивільно-правових відносинах із закладами охорони здоров'я.

З цією метою, вважають розробники законопроекту, необхідно залучити до надання медичної допомоги за рахунок бюджетних коштів заклади охорони здоров'я усіх форм власності й забезпечити можливість оплати їх діяльності на основі єдиних, прозорих механізмів, що враховують об'єктивні показники результатів роботи.

Залишимо за дужками доцільність або недоцільність норми щодо надання безоплатної медичної допомоги закладами охорони здоров'я інших форм власності, ніж державні або комунальні. Проаналізуємо лише юридичну складову цієї пропозиції.

Це є важливим у контексті Рішення Конституційного Суду України від 29.05.2002 р., справа № 1 — 13/2002, в якому чітко визначено, що тлумачення положення частини 3 статті 49 Конституції України щодо того, що у державних і комунальних закладах охорони здоров'я медична допомога надається безоплатно, треба розуміти так, що у державних та комунальних закладах охорони здоров'я медична допомога надається всім громадянам незалежно від її обсягу та без попереднього, поточного чи наступного їх розрахунку за надання такої допомоги.

Фактично Конституція України встановлює той перелік закладів охорони здоров'я, які є суб'єктами публічного права, де може надаватися безоплатна для пацієнтів медична допомога. Якщо виникає інша точка зору, то це потребує внесення змін до статті 49 Конституції України.

Крім того, якщо проаналізувати проект ЄС «Стратегія реформи фінансування та управління у системі охорони здоров'я в Україні» (далі — Стратегія), то необхідно відзначити, що автори проекту в посібнику № 1 Стратегії все ж таки не передбачали руйнування державної та комунальної мережі медичних закладів, а більш того, зазначили таке: «Ключові стратегії, що були поділені в основу цих напрацювань, передбачають рекомендації щодо зміни господарсько-правового статусу центральних районних лікарень (перетворення їх із бюджетних установ на комунальні комерційні підприємства, які перебувають у спільній комунальній власності територіальних громад відповідних районів) та зміни порядку фінансування цих медичних закладів, що полягають у переході від традиційної, поки що, для України практики їх утримання за рахунок бюджетних коштів у рамках жорсткого постатейного кошторису до укладення договорів про державну закупівлю медичних послуг, які входять до складу «мінімального пакета», безоплатне надання якого має гарантувати громадянам на цьому організаційному рівні системи медичного обслуговування».

Рекомендації щодо запровадження цих ключових стратегій доповнювалися низкою пропозицій, що були спрямовані на включення мотивацій як постачальника медичних послуг, так і їх державного замовника до забезпечення підвищення якості медичного обслуговування населення та водночас налагодження контролю за витратами, ефективного та раціонального використання наявних ресурсів. При цьому, крім вищевказаного посібника № 1 «Стратегія реформи фінансування та управління у системі охорони здоров'я в Україні», опубліковані такі посібники: № 2 «Вимоги до розробки стратегічного плану запровадження загальнообов'язкового державного соціального медичного страхування в Україні»; № 3 «Законодавчі проблеми автономізації постачальників та запровадження контрактних закупівель медичних послуг в Україні»; № 4 «Пропозиції щодо вдосконалення механізму розподілу бюджетних ресурсів у системі охорони здоров'я України»; № 5 «Розмежування замовника і постачальника та укладання контрактів на закупівлю медичних послуг»; № 6 «Первинна медична допомога та запровадження оплати з розрахунку на душу населення»; № 7

«Автономізація, закупівля медичних послуг та глобальний бюджет у лікарнях»; № 8 «Методологія розрахунку вартості для постачальників медичних послуг в Україні»; № 9 «Мінімальні ІТ-вимоги до розбудови інформаційно-комунікаційної підтримки фінансування та управління в сфері медичного обслуговування на національному та регіональному рівнях»; № 10 «Роль зв'язків з громадськістю в забезпеченні інформаційного супроводу реформи системи охорони здоров'я в Україні»; № 11 «Організація навчання адміністраторів системи охорони здоров'я та менеджерів медичних закладів в Україні»; № 12 «Пріоритети управління змінами в галузі охорони здоров'я в Україні».

Далі розробники пропонують статтю 35-1 Основ законодавства України про охорону здоров'я викласти у такій редакції: «Первинна медична допомога — медична допомога, що передбачає надання консультації, проведення діагностики та лікування найбільш поширених хвороб, травм, отруєнь, патологічних, фізіологічних (у період вагітності) станів, здійснення профілактичних заходів, направлення відповідно до медичних показань пацієнта, який не потребує екстреної медичної допомоги, для надання йому вторинної (спеціалізованої) або третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги, надання невідкладної медичної допомоги в разі гострого розладу фізичного чи психічного здоров'я пацієнта, який не потребує екстреної, вторинної (спеціалізованої) або третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги».

Суб'єктами надання первинної медичної допомоги є заклади охорони здоров'я та фізичні особи — підприємці, які одержали відповідну ліцензію в установленому законом порядку.

Первинна медична допомога надається в амбулаторних умовах або за місцем проживання (перебування) пацієнта у порядку, що визначається центральним органом виконавчої влади, що забезпечує формування державної політики у сфері охорони здоров'я.

Первинна медична допомога безпосередньо надається лікарем з надання первинної медичної допомоги. Єдині кваліфікаційні вимоги до лікаря з надання первинної медичної допомоги визначаються центральним органом виконавчої влади, що забезпечує формування державної політики у сфері охорони здоров'я.

Лікар з надання первинної медичної допомоги здійснює свою діяльність як працівник суб'єкта надання первинної медичної допомоги або фізична особа — підприємець, яка одержала відповідну ліцензію в установленому законом порядку та особисто надає первинну медичну допомогу.

Пацієнт має право вибирати лікаря з надання первинної медичної допомоги у порядку, встановленому центральним органом виконавчої влади, що забезпечує формування державної політики у сфері охорони здоров'я.

Первинна медична допомога надається безоплатно суб'єктами надання первинної медичної допомоги, з якими головний розпорядник бюджетних коштів відповідної бюджетної програми уклад договір про надання послуг первинної медичної допомоги».

У пояснювальній записці так обґрунтована точка зору розробників проекту: «Чинна редакція Закону України «Про основи законодавства України про охорону здоров'я» (стаття 35-1) передбачає надання первинної медичної допомоги вкрай обмеженим колом суб'єктів, а саме: центрами первинної медичної (медико-санітарної) допомоги, які є закладами охорони здоров'я, а також лікарями загальної практики — сімейними лікарями, які провадять господарську діяльність з медичної практики як фізичні особи — підприємці та можуть перебувати з цими закладами охорони здоров'я у цивільно-правових відносинах. Це становить перешкоду для запровадження конкурентних відносин у сфері надання первинної медичної допомоги та відповідного підвищення рівня вмотивованості медичних працівників».

На думку автора, зазначене обґрунтування є звичайною спробою відвернення уваги від такої важливої проблеми, як захист прав пацієнтів.

Чинна редакція статті 35-1 Основ законодавства України про охорону здоров'я концептуально не лише регламентує надання безоплатної медичної допомоги державними і комунальними закладами охорони здоров'я, в тому числі шляхом укладення цивільно-правових угод цими закладами з суб'єктами медичної практики — фізичними особами — підприємцями, а і чітко передбачає, що сторонами правовідносин є пацієнт і державний або комунальний заклад охорони здоров'я (навіть, якщо ним укладений

цивільно-правовий договір зі звичайним суб'єктом медичної практики). Це один зі способів гарантування якості медичної допомоги.

Тобто у разі неякісної медичної допомоги пацієнту відповідачем буде саме державний або комунальний заклад охорони здоров'я, а не нікому невідома фізична особа — підприємець, що має ліцензію на медичну практику. Це особливо актуально в умовах відсутності тотального контролю за якістю та ефективністю надання медичних послуг.

На сьогодні існує (хоча і недосконалий) механізм контролю за якістю медичної допомоги, в тому числі з боку органів місцевого самоврядування. А суб'єкти медичної практики, на жаль, здійснюють свою діяльність фактично без контролю з боку уповноважених органів.

І друге питання, це вимога статті 49 Конституції України, що підкріплена Рішеннями Конституційного Суду України стосовно надання безоплатної медичної допомоги саме суб'єктами публічного права в особі державних та комунальних закладів охорони здоров'я.

При цьому суб'єктами приватного права можуть надаватися медичні послуги, що виходять за межі гарантованої медичної допомоги, у зазначених закладах. І навпаки, в умовах тотальної неофіційної оплати за медичні послуги пацієнти мають можливість вибрати постачальників медичних послуг за рівних умов. Однак вони вибирають більш конкурентно привабливі заклади, зазвичай серед суб'єктів публічного права, тобто серед державних та комунальних медичних закладів.

Проект Закону України «Про державні фінансові гарантії надання медичних послуг та лікарських засобів» здійснює спробу фактичної легалізації платності медичних послуг і є не зовсім вдалим переказом законодавства Великобританії.

Головною новелою цього законопроекту є юридичне скасування вимог статті 49 Конституції України щодо безоплатності медичної допомоги незалежно від видів і типів захворювань та верств населення.

Так, відповідно до статті 5 цього законопроекту: «В межах державного гарантованого пакета держава гарантує повну оплату за рахунок коштів державного солідарного медичного страхування необхідних медичних послуг та лікарських засобів, пов'язаних із наданням:

- 1) екстреної медичної допомоги (у тому числі у стаціонарі);
- 2) первинної медичної допомоги;
- 3) паліативної допомоги.

В межах державного гарантованого пакета держава гарантує часткову оплату за рахунок коштів державного солідарного медичного страхування необхідних медичних послуг та лікарських засобів, пов'язаних з наданням:

- 1) вторинної (спеціалізованої) медичної допомоги;
- 2) третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги».

Тобто фактично вторинна (спеціалізована) та третинна (високоспеціалізована) допомога буде надаватися на платній основі.

Між тим, перелік таких платних послуг не може втручатися у межі безоплатної медичної допомоги і відповідно до вимог пункту 6 частини першої статті 92 Конституції України має встановлюватися законом (абзац 9 пункту 4 мотивувальної частини Рішення).

Зазначене потребує встановити перелік захворювань, що знаходяться поза межами безоплатної медичної допомоги, на які можна було б встановити державні гарантії на повну оплату за рахунок коштів державного солідарного медичного страхування на окремі види так званих соціальних захворювань, зокрема онкозахворювання, туберкульоз, СНІД, у тому числі орфанні захворювання тощо.

Цікаво те, що цим законопроектом впроваджено нові поняття, такі як «солідарне медичне страхування». У самому законопроекті не розкривається юридичний зміст цього терміну, скоріше за все, з метою замулювання очей медичній спільноті. Значення цього терміна стає зрозумілим лише після повного ознайомлення із законопроектом. Складається враження, що запровадження цього терміна необхідне для введення в оману тих, хто поверхнево знайомився із законопроектом. У деякого цей термін викликає асоціацію з державним соціальним страхуванням у сфері охорони здоров'я. Однак це не так. У жодному нормативно-правовому акті, зокрема в Законах України «Про страхування», Основи законодавства України про охорону здоров'я, немає такого терміну.

Фактично через так зване солідарне медичне страхування в Україні запроваджується змішана форма фінансування охорони

здоров'я без додаткових гарантій для соціально незахищених верств населення, як це вимагає досвід розвинутих країн. Зокрема, як вже зазначалося, у США, де діє змішана форма фінансування охорони здоров'я, ті верстви населення (безробітні, пенсіонери, малозабезпечені), які не мають змоги сплачувати такі кошти, захищені державою за допомогою розроблення та фінансування спеціальних соціальних програм доступності медичної допомоги. У представленому законопроекті така вимога відсутня.

Що стосується законопроекту «Про додаткові державні фінансові гарантії надання медичних послуг та лікарських засобів особам, які захищають незалежність, суверенітет та територіальну цілісність України в антитерористичній операції та забезпечують її проведення», то він, очевидно, виноситься на обговорення та подальшу реєстрацію з популістських міркувань, щоб за спинами не зовсім досвідчених ветеранів АТО проштовхнути законопроекти, що зовсім не відповідають ні Конституції України, ні роз'ясненням Конституційного Суду України.

Виникає запитання: «Невже не можна було б передбачити ці гарантії в таких спеціальних Законах України, як «Про статус ветеранів війни, гарантії їх соціального захисту» та/або «Про соціальний і правовий захист військовослужбовців та членів їх сімей»?».

Прийняття такого Закону не лише суперечить нормам права, а й юридичній техніці.

Законопроект «Про внесення змін до Бюджетного кодексу України щодо видатків на первинну медичну допомогу» не підлягає ретельному аналізу як такий, що слугує лише для реалізації фінансового забезпечення перших двох законопроектів і фактично в цьому контексті не несе ніякого серйозного правового навантаження.

## Висновки

Загалом вищезазначені проекти нормативно-правових актів, крім проекту Національної стратегії реформування системи охорони здоров'я в Україні на 2015–2020 роки, потребують значного доопрацювання.

По-перше, для прийняття цього пакета законопроектів необхідне, перш за все, або внесення змін у статтю 49 Конституції України, або підготовка нового тлумачення Конституційним Судом України щодо положень цієї статті.

По-друге, на думку автора, необхідно все ж таки прийняти на законодавчому рівні Концепцію фінансування та розвитку системи охорони здоров'я. Це дуже важливо в тому контексті, що в Концепції реформи фінансування системи охорони здоров'я, схваленій КМУ від 30.11.2016 р. № 1013-р, йде мова про бюджетну форму фінансування на кшталт Великобританії, а фактично запроваджується змішана модель за зразком США.

По-третє, з метою недопущення руйнування чинної державної та комунальної мережі медичних закладів, навіть у разі внесення змін у Конституцію України, спробувати все ж таки запровадити положення проекту ЄС «Фінансування та управління у сфері охорони здоров'я в Україні», який був підготовлений з урахуванням законодавства України та інфраструктури охорони здоров'я. Окремі елементи цього проекту були навіть вмонтовані в Національну стратегію реформування системи охорони здоров'я в Україні на 2015–2020 роки.

По-четверте, якщо з політичних міркувань ці законопроекти «приречені на прийняття», необхідно передбачити види захворювань, зокрема онкозахворювання, туберкульоз, СНІД, у тому числі орфанні захворювання тощо, щодо яких будуть державні гарантії на повну оплату за рахунок коштів державного солідарного медичного страхування.

По-п'яте, у разі прийняття презентованої змішаної моделі фінансування охорони здоров'я передбачити в законопроекті додаткові гарантії для незахищених верств населення (безробітних, пенсіонерів, малозабезпечених) за допомогою розроблення та фінансування спеціальних соціальних програм доступності медичної допомоги.

## Список використаної літератури

- Бучкевич М. М. (2011) Досвід медичного страхування у зарубіжних країнах. Наук. вісн. НЛТУ України, Вип. 21(10): 178–184.  
Гавриш Т. (2017) Рамочная трансформация. Комментарий. Юрид. практика, 12: 26.

**Горохов С.В., Старичук С.Д.** (2016) Порівняльний аналіз систем медичного страхування зарубіжних країн. Актуальні проблеми філософії та соціології, 9: 24–28.

**Європейська хартія прав пацієнтів** (2002) Європейська хартія прав пацієнтів від 2002 р. ([http://meduniv.lviv.ua/files/press-centre/2014/n180414/evropejska\\_hartiya\\_prav\\_pacientiv.pdf](http://meduniv.lviv.ua/files/press-centre/2014/n180414/evropejska_hartiya_prav_pacientiv.pdf)).

**Конституційний суд України** (1998) Рішення Конституційного суду України у справі за конституційним поданням 66 народних депутатів України щодо відповідності Конституції України (конституційності) Постанови Кабінету Міністрів України «Про затвердження переліку платних послуг, які надаються в державних закладах охорони здоров'я та вищих медичних закладах освіти» (справа про платні медичні послуги) від 25.11.1998 р., справа № 15-рп/98. Офіц. вісн. України, 50: 119.

**Конституційний суд України** (2002) Рішення Конституційного суду України у справі за конституційним поданням 53 народних депутатів України щодо офіційного тлумачення положення частини третьої статті 49 Конституції України «у державних і комунальних закладах охорони здоров'я медична допомога надається безоплатно» (справа про безоплатну медичну допомогу) від 29 травня 2002 р., справа № 10-рп/2002. Офіц. вісн. України, 23: 1132.

**Міністерство охорони здоров'я України** (2003) Розпочав свою роботу 12 грудня 2003 року Проєкт ЄС/ТАСІС «Фінансування та управління у сфері охорони здоров'я в Україні» ([http://moz.gov.ua/ua/portal/news\\_20040304\\_3.html](http://moz.gov.ua/ua/portal/news_20040304_3.html)).

**Моткова О.** (2015) Право на життя у рішеннях Конституційного Суду України та Європейського суду з прав людини. Вісн. Конституц. Суду України, 1: 49–59.

**Пашков В.М.** (2006) Державний сектор надання медичних послуг та забезпечення медичною допомогою. Щотижневик АПТЕКА, 554(33) (<http://www.apteka.ua/article/3529>).

**Пашков В.М.** (2009) Проблеми правового регулювання відносин у сфері охорони здоров'я (господарсько-правовий контекст). МОРІОН, Київ, 445 с.

**Пашков В.М.** (2015) Реформа охорони здоров'я від Уряду: аргументи за та проти. Щотижневик АПТЕКА, 32(1003): 6–7.

**Рудий В.М.** (2005) Законодавче забезпечення реформи системи охорони здоров'я в Україні. Сфера, Київ, 272 с.

**Теннер М.** (2011) Погляд на системи охорони здоров'я у світі. Щотижневик «Громадянин України», 22(229) (<http://gukr.com/article2669.html>).

**Череп А.В.** (2013) Практичний інноваційний досвід медичного страхування. Сталі розвиток економіки, 2: 17–23.

**Pashkov V., Gutorova N., Harkusha A.** (2016) Medical device software: defining key terms. Wiad. Lek., 69(6): 813–817.

**Pashkov V., Harkusha A.** (2016) Certain aspects on medical devices software law regulation. Wiad. Lek., 69(6): 765–767.

**Pashkov V., Hrekov Y., Hreкова M.** (2017) European experience of regulating distance selling of medicines for Ukraine. Wiad. Lek., 70(1): 96–100.

**Pashkov V.M., Golovanova I.A., Noha P.P.** (2016 a) Principle of serviceability and gratuitousness in transplantation? Wiad. Lek., 69(3 pt. 2): 565–568.

**Pashkov V.M., Golovanova I.A., Olefir A.A.** (2016b) The impact of the legal regime of intellectual property protection in the pharmaceutical market. Wiad. Lek., 69(3 pt. 2): 582–586.

**Pashkov V.M., Olefir A.A., Vytyak O.Y.** (2017) Legal features of the drug advertising. Wiad. Lek., 70(1): 133–138.

## Правовое обеспечение реформирования сферы здравоохранения

**В.М. Пашков**

**Резюме.** Проведен анализ проектов нормативно-правовых актов по реформированию сферы здравоохранения. При этом обращается внимание на попытку введения платной медицинской помощи, в частности вторичной (специализированной) медицинской помощи и третичной (высокоспециализированной) медицинской помощи. Проанализировано содержание понятия «солидарное медицинское страхование». Анализ действующего законодательства и предложенных проектов нормативно-правовых актов рассматривается в сравнении с законодательством развитых стран – государств Европейского Союза, а также Великобритании и США. Полностью рассмотрены решения Конституционного Суда Украины относительно толкования статьи 49 Конституции Украины. Предложены выводы по модернизации законодательства относительно сферы здравоохранения.

**Ключевые слова:** солидарное медицинское страхование, медицинская помощь, система здравоохранения, правовое обеспечение конституционных гарантий по охране здоровья.

## Legal provision of healthcare reform

**V.M. Pashkov**

**Summary.** The analysis of draft legal acts on healthcare reform. This draws attention to attempts to impose compensation medical care, including secondary (specialized) care and tertiary (highly specialized) medical care. The analyzed the concept of «solidarity health insurance». Analysis of current legislation and proposed draft regulations is considered in comparison with the legislation in developed countries – the European Union, as well as the UK and the US. Fully considered the Constitutional Court of Ukraine concerning the interpretation of Art. 49 of the Constitution of Ukraine. A conclusion on the modernization of legislation on health care.

**Key words:** Joint medical insurance, health care, health care system, Legal provision of constitutional guarantees for health protection.

Одержано 02.04.2017

## РЕФЕРАТИВНА ІНФОРМАЦІЯ

### Обезжиренные молочные продукты снижают риск развития депрессии

Большое количество людей выбирают для ежедневного употребления молочные продукты со сниженным содержанием жира с целью сохранения нормальной массы тела. Однако в ходе новой работы ученые из Университета Тохоку (Tohoku University), Япония, определили, что такие продукты благотворно влияют не только на физическое, но и на психическое самочувствие. Полученные результаты ученые представили в журнале «Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology».

По данным специалистов Национального института психического здоровья (National Institute of Mental Health), в 2015 г. только в США насчитывалось около 16,1 млн людей, у которых имел место по крайней мере один эпизод депрессии в течение предыдущего года. Ее симптомы могут значительно различаться у отдельных пациентов, но чаще всего данная патология проявляется возникновением чувства печали, вины, безысходности и растерянности. Автор работы доктор Риоичи Нагатоми (Ryoichi Nagatomi) отметил, что в ходе предыдущих работ ученым не удалось определить наличие взаимосвязи между употреблением молочных продуктов и симптомами депрессии. Целью данного исследования было изучение влияния процентного содержания жира в употребляемых молочных продуктах на психическое состояние.

В ходе данной работы ученые проанализировали состояние здоровья 1159 молодых людей (возраст 19–83 года), которые употребляли молоко и йогурт со сниженным содержанием жира. Участ-

ники сообщали, когда они употребили молоко или йогурт, и указывали жирность продукта. Употребление сыра, масла или других молочных продуктов исследователи не принимали во внимание. Они определили, что предпочтение обезжиренных молока и йогурта в 4 раза снижало риск развития депрессии — патологии, являющейся наиболее распространенным психическим расстройством. Выраженность симптомов депрессии определяли с помощью специальной шкалы. Полученные результаты не изменялись после учета возраста, пола, образа жизни и состояния здоровья участников.

Авторы работы пояснили, что в исследовании они получили доказательства того, что употребление молочных продуктов с низким содержанием жира может способствовать уменьшению выраженности симптомов депрессии. В то же время выбор молока и йогурта с высоким содержанием жира не ассоциирован с развитием депрессии. Ученые предположили, что негативное влияние трансжирных кислот, содержащихся в таких продуктах, компенсируется воздействием аминокислоты триптофана. В ходе следующих исследований ученые надеются определить биологический механизм, лежащий в основе выявленной ассоциации.

**Cui Y., Huang C., Momma H. et al.** (2017) Consumption of low-fat dairy, but not whole-fat dairy, is inversely associated with depressive symptoms in Japanese adults. Psych. Psych. Epidemiol. (<http://link.springer.com/article/10.1007/s00127-016-1333-1>).

**Whiteman H.** (2017) Low-fat milk, yogurt may reduce depression risk. Medicalnewstoday, Apr. 16 ([www.medicalnewstoday.com/articles/316956.php](http://www.medicalnewstoday.com/articles/316956.php)).

**Юлія Котикович**