

# Медична реформа: перевірка на відповідність Конституції

24 червня у приміщенні інформаційного агентства «Укрінформ» відбувся круглий стіл «Конституційне право людини на охорону здоров'я крізь призму медичної реформи», присвячений 23-й річниці з дня прийняття Конституції України. Захід організували Національна академія медичних наук (НАМН) України та Національна асоціація адвокатів України (НААУ). Участь у дискусії взяли практичні лікарі, науковці, медики з досвідом політичної діяльності, юристи.

Експерти обговорювали фундаментальні питання, як-от роль медичної науки на сучасному етапі розвитку національної системи охорони здоров'я; пошук нормативного балансу між правами людини та сутністю медичної реформи; проблеми, що виникають під час реалізації права людини на доступність лікарських засобів; результативність трансформації закладів первинної ланки; організація та управління медичного обслуговування населення на рівні високоспеціалізованої медичної допомоги в контексті реформи охорони здоров'я.

«Адвокатура, правники, юристи не можуть залишатися осторонь реформ у державі. Ми б хотіли допомогти впроваджувати медичну реформу та звернути увагу влади на потенційні ризики, які виявили під час спілкування з практичними лікарями», — підкреслив **Вадим Красник**, керівник секретаріату НААУ.

## Чи порушує Конституцію медична реформа?



Відповідь на непросте запитання шукала **Ірина Сенюта**, доктор юридичних наук, голова Комітету медичного і фармацевтичного права та біоетики НААУ, завідувач кафедри медичного права Львівського національного медичного університету імені Данила Галицького, президент ГО «Фундація медичного права та біоетики України».

«Чимало питань, пов'язаних із медичною реформою, потрапили у тому числі і під мій науково-практичний мікроскоп».

Близько 20 років я займаюся медичним правом, тому на основі власного досвіду зробила висновок, що найкраще видно прогалини реформи «в полях» — під час судів про неналежне надання медичної допомоги, — зауважила спікер. — 9 лютого 2018 року до Конституційного Суду України (КСУ) надійшло конституційне подання народних депутатів щодо відповідності Конституції Закону «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення». Проте його досі не розглянули. Напевно, це питання лежить у політичній площині».

І. Сенюта перерахувала кілька «больових точок» медичної реформи.

**Міжнародні протоколи.** Наказ Міністерства охорони здоров'я (МОЗ) № 1422 дозволив лікарям використовувати в роботі міжнародні клінічні протоколи. «Варто зауважити, що ці документи не адаптовані під сучасні українські реалії. На сьогодні стандартизація в охороні здоров'я практично оголена. Наприклад, кесарів розтин проводять без єдиного загальнодержавного стандарту (наказ МОЗ № 977 втратив чинність на підставі наказу МОЗ № 310 від 08.05.2014 р.), тому незрозуміло, яким чином проводити перевірку якості лікування у рамках судових справ», — прокоментувала доповідач.

**Функціонування клінічних баз університетів.** Заклади охорони здоров'я (ЗОЗ) стають комунальними некомерційними підприємствами (КНП), тому співпраця між ЗОЗ, де є клінічні бази, й університетами набуває особливого значення. Зберігає акту-

альність запитання, чи платитимуть університети за комунальні послуги і розміщення баз. За словами ораторки, вже зафіксовані прецеденти подібних вимог до університетів.

**Зміна системи безперервного професійного розвитку медиків.** Гостро постало питання неврегульованості проходження інтернатури. Проект нового Положення про інтернатуру був розроблений ще у 2014 р., однак воно досі не затверджене. «Зараз, аби працювати в ЗОЗ, особа обов'язково повинна надати диплом і сертифікат, а в інтернів сертифікатів немає. Навчальна програма передбачає, що вони повинні самостійно виконувати процедури. На практиці це зумовлює масу проблем, які потрібно вирішувати», — зробила ремарку спікер.

**Вільний вибір лікаря.** Основи законодавства України про охорону здоров'я — «медична Конституція» держави — у ст. 6 передбачають право на кваліфіковану медичну допомогу, включно з вільним вибором лікаря і методів лікування. А ст. 38 гарантує право на вибір лікаря й ЗОЗ. Це основоположні речі, які стосуються реалізації прав людини. «У рамках медичної реформи парадигма змінена: людина має право обирати тільки лікаря первинної ланки. Зміни до законодавства вносилися фрагментарно, тому між деякими нормами з'явився внутрішній дисонанс. Закон про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення закріпив норму, що людина, яка хоче отримати медичну допомогу в рамках Програми державних фінансових гарантій, має право на вільний вибір лікаря тільки на первинній ланці. Лікаря на вторинній призначає керівник ЗОЗ або уповноважена ним особа (крім таких спеціальностей, як стоматологія, педіатрія, акушерство, або якщо це диспансерний хворий). Якщо ж медична допомога надаватиметься поза цією Програмою, зберігатиметься право на вільний вибір лікаря на всіх ланках», — уточнила І. Сенюта.

**Безоплатність медичної допомоги.** За словами експерта, КСУ вже двічі виносив рішення щодо Програми державних гарантій: у 1998 р. — про платні медичні послуги, 2002 р. — про безоплатну медичну допомогу, де було вказано, що усім громадянам медична допомога у повному обсязі надається безоплатно, що не може йти мова про «гарантований рівень».

«Проте Закон України «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення» заклав гарантований рівень. Ст. 157 Конституції України містить заборону будь-яких змін, які передбачають скасування чи обмеження прав і свобод людини. Тому однозначно й очевидно: цей закон, що стоїть нижче в ієрархії нормативних актів, порушив Конституцію України. КСУ заплановано розглянути конституційне подання щодо права на безоплатну медичну допомогу. Сподіваюся, він винесе справедливе рішення», — наголосила І. Сенюта.

**Захист персональних даних.** Право на захист персональних даних гарантується ст. 8 Конвенції про захист прав людини і основоположних свобод — документом, на підставі якого працює Європейський суд із прав людини (ЄСПЛ). Медичні дані є особливо уразливими.

«Дані про кожного, хто укладає декларацію, повинні вноситися до електронної системи. На сьогодні вже зареєстрована велика кількість звернень громадян у різних областях щодо відмови робити це через страх незабезпечення конфіденційності даних».

У травні 2019 р. ЄСПЛ визнав порушення Конвенції у справі «Сидорова проти Росії» (для України уся практика ЄСПЛ — джерело права), що стосувалася несанкціонованого збору медичної інформації про особу. Національна служба здоров'я України (НСЗУ), розпорядник цієї бази, повинна належним чином прописати юридичну й технічну складову. Хоча нагадати, що перша редакція декларації містила норму, відповідно до якої кожен, хто її підписував, надавав згоду на обробку персональних даних не тільки лікарю первинної ланки, а й будь-якому лікарю, до якого він коли-небудь звернеться. Після звернень з протестами правників та Уповноваженого Верховної Ради (ВР) України з прав людини 25 травня 2018 р. до декларації внесли зміни. Зараз у ній тільки повідомляється про здійснення обробки персональних даних. Загалом це відповідає Закону України «Про захист персональних даних», який дозволяє не брати згоду на обробку даних, але передбачає обов'язок лікарів зберігати лікарську таємницю, і Наказу Уповноваженого ВР України з прав людини «Про затвердження документів у сфері захисту персональних даних» від 8 січня 2014 р. Проте ця норма не узгоджується із Законом «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення», який і надалі передбачає отримання згоди на обробку персональних даних. Прикладів таких контраверсій можна навести чимало. Хочеться вірити, що КСУ розставити акценти, а Закон «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення» буде викладено в іншій редакції або скасовано», — висловила сподівання І. Сенюта.

Вважає, що законодавство щодо захисту персональних даних було порушено, і **Ігор Козаченко**, член Української академії кібербезпеки, незалежний експерт з питань інформаційної безпеки і протидії кіберзагрозам.

«Персональні дані не можуть міститися на комерційних серверах, які не мають атестату відповідності вимогам захисту інформації, затвердженим для комплексних систем захисту інформації. Ці дані можуть у будь-який час бути отримані злочинним шляхом (передані чи куплені) третіми особами. Дана інформація є важливою для країн, зацікавлених у зборі статистики, у тому числі для країни-агресора; її також можна використати для шантажу. Крім того, медицина — напрям, який належить до критичної інфраструктури. Втручання в інформаційну систему ЗОЗ здатне призвести у тому числі до смертельних наслідків: якщо здійснити кібератаку на лікарню, можливо зупинити всю апаратуру. Коли експлуатують систему без відповідного рівня захисту, ймовірність цього висока. Показовим є приклад з Ірпенем, де вдалося зробити 10 тис. записів, які не відповідають дійсності. Частина медичних інформаційних систем вже мають сертифікати відповідності вимогам захисту інформації. Це дає впевненість, що інформація, яка зберігається в медичній установі (у тому числі дані, що є медичною таємницею), не потрапить до третіх осіб і не набуде розголосу», — поінформував експерт.

### Сила закону, а не «закон сили»



Також до обговорення долучилася **Ольга Богомолець**, народний депутат, голова Комітету ВР з питань охорони здоров'я. Під час виступу у рамках круглого столу вона назвала Закон «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення» неконституційним та таким, що був прийнятим під тиском іноземних послів: «Те, що відбулося, — не просто проблема галузі охорони здоров'я, а нівелювання верховенства права в Україні, неповага до Конституції України й державності загалом».

Надумку спікера, правильним і конституційним шляхом трансформації системи охорони здоров'я є запровадження загальнообов'язкового державного соціального медичного страхування. Як джерело ресурсів народна обранка запропонувала використати кошти, що сплачуються як єдиний соціальний внесок (22% із фонду оплати праці).

Вона запевнила: З законопроекти про загальнообов'язкове державне соціальне медичне страхування, зареєстровані в парламенті, заблоковані МОЗ й Кабінетом Міністрів України (КМУ), проте Закон має бути прийнято якнайшвидше, адже термін «медична послуга» впровадили, а хто за неї платитиме — не визначили.

«Безумовно, роль лікаря первинної ланки є дуже важливою. Проте яким би розумним не був фахівець, він не зможе врятувати хворого з онкопатологією, інфарктом чи інсультом. Попри те, що на програму «Доступні ліки» виділено 1,6 млрд грн., рівень смертності в Україні не зменшився. На сьогодні у бюджеті закладено лише 30% потреб онкохворих (часткове фінансування лікування); подібною є ситуація з лікуванням кардіоваскулярної патології. Тому моя особиста думка така: ті люди, які зараз управляють системою охорони здоров'я, — або невігласи, або злочинці. Вони усвідомлюють наслідки, але шкодять. У мене в руках папка з 5000 підписів за загальнообов'язкове державне соціальне медичне страхування — десята частина від зібраної кількості. Спеціалісти на місцях протестують; вони прагнуть реформи, але не такої. Тому усі підписи передані в КСУ, туди спрямовано і подання народних депутатів. На жаль, справа з місця ще не зрушилася. Проте очевидно, що кульгава, на одному крилі реформа не полетить. І це катастрофа не тільки для системи охорони здоров'я, а й для всієї України», — переконана О. Богомолець.

### Нокаут медичній реформі

Так назвав модератор круглого столу виступ **Ніни Карпачової**, першого Уповноваженого ВР України з прав людини. Ораторка розповіла, що у 1996 р., готуючи розділ Конституції України «Права, свободи та обов'язки людини й громадянина», експерти базувалися на кращих світових практиках і стандартах у галузі прав людини. Згодом його позитивно оцінили Рада Європи й інші поважні європейські організації з погляду відповідності верховенству права.

«На жаль, останнім часом нехтують принципом поваги до фундаментальних прав і свобод людини не тільки в галузі охорони здоров'я, а й в усіх соціальних напрямках. У МОЗ йде мова про припинення основних державних програм (зокрема, програма боротьби з онкозахворюваннями не функціонує майже 3 роки; на межі — відділення онкогематології в Національній дитячій спеціалізованій лікарні «Охматдит») та відмову від фінансування установ НАМН з 2020 р. Я вважаю, це останній Рубікон», — констатувала Н. Карпачова. На її думку, причини незадоволеної ситуації — зовнішній вплив на управління медичною галуззю, втрата унікального кадрового потенціалу через виїзд фахівців за кордон (спікер повідомила, що за останні 3 роки покинули країну понад 66 тис. медиків), війна на Сході України.

Н. Карпачова підтримала колег щодо проблеми порушення захисту персональних даних: «Система електронного обліку пацієнтів знаходиться в приватних руках. Що це означає? Що персональні дані понад 20 млн українців можуть стати доступні різним провідникам. Фактично це відбувається під дахом МОЗ, адже на фінансування цієї програми виділяються шалені грантові кошти».

Також вона зазначила, що Рахункова палата провела три перевірки, включаючи ефективність міжнародних закупівель: «Виявлено жальливі факти, що могли би стати приводом для відкриття кримінальних справ. МОЗ фактично у ручному режимі вибирає міжнародні організації, які виконуватимуть функцію міжнародних закупівель, і довіряє їм управління бюджетними коштами. За звітом Рахункової палати, понад 340 млн грн. залишалися на рахунках міжнародних організацій понад терміни, встановлені договорами, і не використовувалися за призначенням».

Завершуючи виступ, Н. Карпачова закликала присутніх відреагувати на події, які стосуються керівних кадрів ЗОЗ та університетів — Бориса Тодурова, Катерини Амосової, Віталія Запорожана. Як вважає доповідач, претензії до них з боку МОЗ — безпідставні.

### Дотримання конституційних прав медичних працівників: питання під питанням

**Вікторія Коваль**, голова Професійної спілки працівників охорони здоров'я України, зосередилася під час доповіді на пере-



вагах і ризиках реформи для медичних працівників. Вона заперечила, що Професійна спілка працівників охорони здоров'я України вважає реформу в охороні здоров'я необхідною. Але реформу систематизовану, таку, що відповідає законодавству, зокрема Конституції України, й забезпечена достатнім фінансуванням: «Практично уся законодавча база реформи медичної галузі прийнята всупереч українському законодавству, положенням та нормам генеральної та галузевої угод, з ігноруванням владою процедури погодження нормативно-правових актів та пропозицій профспілкової сторони. Закон «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення» прийняли, незважаючи на те, що він не відповідав Конституції України та зумовлював ризики для трудових прав медиків».

За інформацією В. Коваль, не виконуються норми зазначеного закону про рівень фінансування галузі (передбачено 5% від ВВП, насправді — 3,2%), зобов'язання стосовно рівня й диференціювання заробітних плат медиків.

«Через перетворення бюджетних ЗОЗ на КНП спостерігаються факти скорочення чисельності та штату працівників. Є спроби незаконного застосування контрактної форми трудового договору для працівників ЗОЗ. Звільнення під час реорганізації відбувається, незважаючи на приписи частини 4 ст. 36 Кодексу законів про працю України, якою передбачено, що у разі його реорганізації дія трудового договору працівника продовжується. Реорганізація бюджетних ЗОЗ у КНП супроводжується також укрупненням закладів, що призводить, зокрема, до закриття служби невідкладної допомоги, пунктів із надання медичної допомоги у віддаленій та малонаселеній місцевості, скасування практики відвідування лікарями пацієнтів вдома, — висловила стурбованість промовець. — У КНП практично не застосовуються норми оплати праці за Постановою КМУ № 1298 та Наказом № 308, які використовуються в бюджетних закладах. Оплата праці віддана на відкуп головних лікарів, вони визначають, кому і скільки виплачувати. Через скасування так званого червоного списку реорганізовані заклади первинної ланки недоотримують від 200 до 800 тис. грн. на місяць. Багато звернень про те, що не надається допомога на оздоровлення. Ми неодноразово зверталися до КМУ та МОЗ з проханням унормувати ці моменти, але безрезультатно. У квітні ми провели опитування лікарів первинної ланки щодо рівня заробітних плат. Виявилось, що він суттєво варіює: від 1900 до 22–30 тис. грн. Однак показники 22–30 тис. — поодинокі випадки. Інтенсифікація праці медиків зростає, однак з огляду на відсутність у галузі нормативів оскаржити це неможливо. Через психологічні й фінансові негаразди медики звільняються. За даними Державної служби статистики України, минулого року звільнилися 37 тис. медичного персоналу, більшість із них — молоді фахівці. В основному це середній медичний персонал та працівники фельдшерсько-акушерських пунктів, фінансування яких НСЗУ не передбачила. Вторинна ланка зараз фінансується за Єдиною тарифною сіткою, тому усі з 1-го до 12-го розряду — від двірника до лікаря вищої категорії — мають приблизно однакову заробітну плату, тільки одні її заробляють, іншим — доплачують. Мотивація до праці майже втрачена».

Спікер акцентувала увагу на тому, що на IV квартал на заробітну плату фахівцям вторинного рівня не вистачає понад 1 млрд грн. Ситуація ускладнюється тим, що для отримання ліцензії й укладання договору з НСЗУ закладам вторинної ланки доведеться виконати багато вимог, у тому числі закупити комп'ютери, медичну інформаційну систему, що теж потребуватиме значних коштів.

З огляду на це вона озвучила такі пропозиції:

- відтермінувати впровадження медичної реформи на вторинній ланці з 01.01.2020 р. до підбиття підсумків пілотного проєкту в Полтавській області;
- прийняти Закон «Про загальнообов'язкове державне соціальне медичне страхування»; внести зміни до законодавства щодо державних гарантій професійної діяльності медичних працівників, їх оплати праці й соціального захисту;
- продовжити спрощений пільговий період реорганізації бюджетних установ у КНП; прийняти Державну програму соціальних гарантій для медичних працівників в умовах реформи;

- збільшити капітаційну ставку на 2020 р. з 370 до 450 грн.;
- при формуванні бюджету забезпечити державні фінансові гарантії на рівні 5% від ВВП і оплату праці, передбачену Законом України «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення».

## Міфи та реалії реформи первинної медичної допомоги

Медична реформа, яка зараз впроваджується, оповита численними міфами. Так вважає **Лариса Матюха**, доктор медичних наук, професор, президент Української асоціації сімейної медицини, завідувач кафедри сімейної медицини та амбулаторно-поліклінічної допомоги Національної медичної академії післядипломної освіти імені П.Л. Шупика.

«Твердження «реформа стартувала у 2016 році» хибне. Насправді вона розпочалася набагато раніше зі створення центрів первинної медико-санітарної допомоги, появи спеціальності, затвердження наукової спеціальності. Тільки навчальні програми змінювалися вже 5 разів. Проте замість впровадження найкращих напрацювань, зроблених у минулих пілотах, нині все вирішується МОЗ на власний розсуд, — констатувала Л. Матюха. — На сьогодні країна перетворилася в хаотичний пілот. У результаті знизилася доступність первинної медичної допомоги через дефіцит медичних працівників. Нам відомі факти, що у Сумській, Чернігівській, Херсонській областях лікарі обслуговують населення в радіусі понад 50 км. Щоб набрати 900 дітей, педіатри охоплюють декілька сіл. Ефективність роботи первинної ланки погіршується через кадровий голод: маємо 15 тис. сімейних лікарів і 3 тис. — педіатрів і терапевтів, проте їх кількість зменшується через виїзд за кордон. Дефіцит сімейних лікарів в областях оцінюють у 30–50%. До того ж з 2016 р. відсутнє планування кадрів, тому неможливо передбачити, скільки випускників навчатимуться в інтернаті за спеціальністю «Сімейна медицина». У 2017 р. таких на нашій кафедрі було більше 80, цього року — вже 25».

За словами спікера, правові колізії викликають також наступні моменти: ускладнився доступ до первинної медичної допомоги пацієнтів із обмеженою мобільністю; через брак фінансування припиняють роботу фельдшерсько-акушерські пункти; не розроблені адекватні нормативи допустимої кількості направлень на вторинний рівень (зараз вона не обмежена, а рівень оплати праці у фахівців вторинної ланки значно менший); не розрахована потреба коштів на лабораторні й інструментальні дослідження; зростає частота професійного вигорання медиків; відсутні індикатори якості роботи; недоцільний принцип оплати скринінгів та є необхідність переглянути вік для деяких видів скринінгу (скринінг артеріальної гіпертензії у віці понад 50 років — це запізно); за висновком Deloitte, тариф на оплату ведення пацієнта у кілька разів нижчий за ринковий рівень; коригувальні коефіцієнти за медичне обслуговування різних категорій населення не є науково обґрунтованими; припинено фінансування ЗОЗ за червоним списком; не розроблено чіткий механізм заміни лікаря, якщо він пішов у відпустку або захворів (хто випикуватиме довідки, листки непрацездатності та ін.).

«Протоколи, які рекомендують використовувати МОЗ (наприклад фінські), містять препарати, що навіть не зареєстровані в Україні. І при розгляді судових справ спостерігається парадоксальна ситуація: суддя може користуватися фінськими протоколами, лікар — німецькими, адвокат — ще якимись. Як це уніфікувати?», — закликала аудиторію до дискусії Л. Матюха. — Ще одна складність пов'язана з оплатою праці. Хоча кошти для закладу заробляє лікар, розпоряджається ними керівник ЗОЗ. Головні лікарі не завжди ознайомлюють людей з текстами колективних договорів; незадоволених або звільняють, або доводять до звільнення. Таких випадків досить багато. Молоді сімейні лікарі отримують копійки, бо не набрали достатню кількість декларацій, тому одразу йдуть працювати медичними представниками або йдуть за кордон».

Завершуючи доповідь, спікер вказала на відсутність належної комунікації між фахівцями різних рівнів надання медичної допомоги, МОЗ та професійним середовищем: «Нині МОЗ є «закритим клубом», що працює за принципом «ми придумали, а ви виконуйте». Це створює правові ризики і для лікаря, і для пацієнта».

Серед основних пропозицій, розроблених НААУ, — максимально сприяти розвитку науки та інновацій, затвердити поло-

ження про університетські клініки та прийняти Закон № 8250 «Про лікарське самоврядування».

### Вторинна ланка: у режимі очікування

**Володимир Онофрійчук**, головний лікар Деражнянської центральної районної лікарні Хмельницької області, стверджує, що Закон «Про фінансові гарантії медичного обслуговування населення» не узгоджується ні з Податковим кодексом, ні з законодавством із ціноутворення, ні з Господарським кодексом. Катастрофічні проблеми з фінансуванням виникають там, де є дві об'єднані територіальні громади й одна рада.

«Нас пустили в реформу, не розказавши про спроможність громад, а вона дуже відрізняється залежно від регіону. Стартові можливості принципово різні. Там, де громади успішні, ЗОЗ стали ще потужнішими, краще обладнаними, а де спроможності недостатні, ЗОЗ практично не мають шансів конкурувати з ними перед НСЗУ. До того ж при створенні КНП немає відповідального за його функціонування: ради, держава, НСЗУ — всі відхрещуються. Припускаю, це закладено спеціально для банкрутства ЗОЗ вторинного рівня. Чув думки, що протягом 2020 р. третина закладів вторинної ланки припинить існування, оскільки немає жодних фінансових гарантій збереження капіталу, коштів, рентабельності повністю покладається на пацієнтів, а це дуже великий ризик, — висловив побоювання оратор. — НСЗУ залишається монополістом. Кажуть, що відшкодування коштів відбуватиметься «за чергою» (без конкретизації, за якою, коли, яким чином, кому платитимуть, яка черговість, не узаконені жодні терміни). При фінансуванні НСЗУ все одно використовуватиметься розрахунок на кількість населення. А скільки ліжок, працівників, обладнання, за що його ремонтувати, обслуговувати, яка опалювальна площа — про це нас ніхто не запитує, виживаємо, як можемо, залучаємо додаткові кошти. Болісною є «зрівнялівка» заробітних плат. Деякі санітарки отримують більше, ніж лікарі, бо мають 10% надбавку за використання дезінфікуючих засобів. У нинішньому вигляді реформа суперечить Конституції України, вектору євроінтеграції, містить елементи централізації замість децентралізації, підвищує корупційні ризики та нівелює професійне медичне самоврядування в Україні, що призводить до загроз для медичних працівників і пацієнтів, звужує гарантії на медичну допомогу і, на мою думку, є експериментом над людьми».

### Третинна ланка медичної допомоги: змін вимагають наші серця?



**Віталій Цимбалюк**, академік, президент НАМН України, закликав Уряд впроваджувати зміни виважено: «Медицина — дуже консервативна галузь. Тому застосовувати щодо неї революційні підходи небажано. Медицину краще змінювати еволюційним шляхом: кожен крок продумувати, а не робити «з кавалерійського наскоку».

Описуючи ситуацію, що склалася зараз із НАМН, спікер нагадав: ще у 2017 р. (реформа третинної ланки медичної допомоги розпо-

чнеться у 2020 р.) було заплановано пілотний проект й розрахунок вартості високоспеціалізованої високотехнологічної допомоги.

«Диявол криється в деталях. Тому ми розрахували вартість тарифів на медичні послуги, сформували перелік послуг, які можемо надавати. Отримали від держави 600 млн грн. на 4 інститути. Цієї нібито досить великої суми вистачило лише на третину пацієнтів, тому що зміни запроваджувалися непродумано. Що ж робити з рештою — ⅔ — хворих? Як пояснити, чому частині надано допомогу безкоштовно, а комусь доведеться витратити кошти з власної кишені. Хочу акцентувати увагу: ми ЗА реформи. Медицина в Україні дуже хвора, її потрібно «лікувати». Але запроваджувати зміни слід поступово», — наголосив В. Цимбалюк.

### Гроші йдуть за пацієнтом чи пацієнт за грошима?

**Валерій Піщиків**, доктор медичних наук, професор, керівник Управління охорони здоров'я та санаторно-курортних закладів Державного управління справами, свого часу брав участь у створенні першої постанови про Програму державних гарантій надання безоплатної медичної допомоги. Вона не запрацювала, бо для нормального функціонування медична галузь потребувала фінансування на рівні 9% ВВП (а виділялося 2,8–3%).

«Сьогодні ж усі медичну допомогу погодилися втиснути у 3%, все інше надаватиметься за рахунок пацієнта (а не за рахунок страхування, як в розвинених країнах). Що ж стосується закладів третинного рівня, сьогодні жоден керівник клінічних лікарень чи наукових установ не знає, як порахувати вартість медичних послуг і на основі чого укласти договір із НСЗУ (невідомо, які послуги, в якій кількості, яким категоріям населення, за якими протоколами/стандартами надаватимуться, за яким механізмом скеровувати хворого — нічого МОЗ не опрацьовано). Умов гри немає, але вже анонсовано, що з 1 січня 2020 р. фінансування науково-дослідних установ та закладів третинного рівня за такою моделлю припиняється. Досі не визначено, хто фінансуватиме науку та комунальні послуги. Усі пілотні проекти тривали щонайбільше квартал, бо коштів на більше не вистачало. Нам кажуть, що гроші йдуть за пацієнтом, а насправді ми пацієнта пустили за грошима: намагаємося втиснути його потреби в ті 3%, які сьогодні спроможна надати держава», — зазначив доповідач.

Його пропозиції — забезпечити фінансування галузі на рівні 9% ВВП, що покращить ситуацію в охороні здоров'я без будь-яких реформ, або змінити ст. 49 Конституції України (уточнити її). «У жодній Конституції у світі не написано, що мережу ЗОЗ не можна скорочувати. Навіть в РФ та Білорусі такого положення немає. Теза «в комунальних і державних ЗОЗ медична допомога надається безоплатно» залишилася тільки в Україні, Білорусі та РФ. Інші пострадянські країни змінили ці зобов'язання в 1994–1995 рр. У Грузії воно звучить як: «Громадянам Грузії у встановленому законом порядку за певних умов забезпечується безоплатна медична допомога». З таким тезисом можливо ефективно здійснювати реформи, а з таким, як в нас, — ні. Неприпустимо починати реформи з порушень конституційних прав громадян, а існуюча нормативна база їх порушує», — резюмував В. Піщиків.

**Тетяна Петренко**  
за матеріалами [ukrinform.ua](http://ukrinform.ua),  
фото з архіву редакції