

# ПИТАННЯ КОНСТИТУЦІЙНОГО ПРАВА

*О. Солдатенко*, кандидат економічних наук, доцент, директор НДІ фінансового права АПрН України

## Організація забезпечення реалізації права громадян на охорону здоров'я в Україні та країнах Центральної Європи

Інтерес суспільства у галузі охорони здоров'я є публічним інтересом, який закріплено у Конституції України та окремих центральноєвропейських держав, а завдання держави полягає у його втіленні не лише у норми чинного законодавства, а й у життя.

За словами В. Я. Тація<sup>1</sup>, практична цінність прав і свобод людини та громадянина полягає у їх реальності, тобто у можливості здійснення повноважень, які випливають зі змісту того чи іншого права. Реальність прав людини має забезпечуватися цілою низкою гарантій — засобів, способів та умов, використовуючи які суб'єкт досягає безперечного здійснення своїх прав. У свою чергу ці гарантії зумовлені рівнем демократії, розвитком економіки, правової культури суспільства тощо.

Визначаючи необхідність в охороні здоров'я як потребу суспільного характеру, держава бере на себе обов'язок встановлювати і конкретні засоби та способи реалізації конституційних прав громадян, у зв'язку з чим в Україні та у країнах Центральної Європи сформовано відповідну організаційну структуру, основним завданням якої є сприяння реалізації конституційного права громадян на охорону здоров'я. Значну увагу організаційній структурі системи охорони здоров'я приділено у публікаціях В. М. Рудого, проте в них не висвітлено питання її сучасного стану реформування, що є одним із завдань цієї статті. Крім того, у статті, на підставі порівняльного аналізу, з'ясовано від-

<sup>1</sup> Тацій В. Я. Людина і правова держава: проблеми взаємовідносин і взаємодії / В. Я. Тацій // Вісн. Акад. прав. наук України. – 2008. – № 2 (53). – С. 7.

мінності вітчизняної системи організації охорони здоров'я від центральноєвропейської, що дозволило зробити окремі висновки.

В Україні основу державної політики охорони здоров'я формує Верховна Рада України через закріплення конституційних і законодавчих засад охорони здоров'я, визначення її мети, головних завдань, напрямів, принципів і пріоритетів, установлення нормативів та обсягів бюджетного фінансування, створення системи відповідних кредитно-фінансових, податкових, митних, інших регуляторів, затвердження загальнодержавних програм охорони здоров'я. Як визначено в Основах законодавства України про охорону здоров'я<sup>1</sup>, складовою державної політики охорони здоров'я в Україні є політика охорони здоров'я в Республіці Крим, місцеві і регіональні комплексні та цільові програми, що формуються Верховною Радою Республіки Крим, органами місцевого і регіонального самоврядування та відображають специфічні потреби охорони здоров'я населення, яке проживає на відповідних територіях.

Реалізація державної політики охорони здоров'я в Україні покладається на органи державної виконавчої влади. Особисту відповідальність за неї несе Президент України, який у своїй щорічній доповіді Верховній Раді передбачає звіт про стан реалізації державної політики в галузі охорони здоров'я.

Президент України виступає гарантом права громадян на охорону здоров'я, забезпечує виконання законодавства про охорону здоров'я через систему органів державної виконавчої влади, провадить у життя державну політику охорони здоров'я та здійснює інші повноваження, передбачені Конституцією України.

Кабінет Міністрів України організовує розробку та реалізацію державних цільових програм, створює економічні, правові й організаційні механізми, що стимулюють ефективну діяльність у галузі охорони здоров'я, забезпечує розвиток мережі закладів охорони здоров'я, укладає міжурядові угоди та координує міжнародне співробітництво з питань охорони здоров'я, а також у межах своєї компетенції здійснює інші повноваження, покладені на органи державної виконавчої влади в галузі охорони здоров'я.

Міністерства, відомства та інші центральні органи державної виконавчої влади в межах своєї компетенції розробляють програми і

<sup>1</sup> Основи законодавства України про охорону здоров'я [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://zakon.rada.gov.ua/cgi-bin/laws/main.cgi>.

прогнози в галузі охорони здоров'я, визначають єдині науково обґрунтовані державні стандарти, критерії та вимоги, що мають сприяти охороні здоров'я населення, формують і розміщують державні замовлення з метою матеріально-технічного забезпечення галузі, здійснюють державний контроль і нагляд та іншу виконавчо-розпорядчу діяльність у галузі охорони здоров'я.

Організаційну структуру системи охорони здоров'я України становлять: Міністерство охорони здоров'я України і заклади охорони здоров'я державної власності; міністерство охорони здоров'я Автономної Республіки Крим, управління охорони здоров'я обласних, Київської та Севастопольської міських державних адміністрацій та заклади охорони здоров'я державної власності, передані їм в управління рішенням вищих органів влади і закладів охорони здоров'я, що перебувають у спільній власності територіальних громад (діагностичні центри, обласні лікарні); районні державні адміністрації, районні, міські, районні у містах, селищні, сільські органи місцевого самоврядування та комунальні заклади охорони здоров'я.

Крім того, у процесі фінансування видатків на охорону здоров'я задіяні Міністерство фінансів України, яке визначає вимоги до порядку складання та виконання кошторисів бюджетних установ; Служба безпеки України, Міністерство оборони, Міністерство транспорту та зв'язку, Міністерство внутрішніх справ України, у складі та підпорядкуванні яких є власні медичні служби; Державний департамент з питань виконання покарань; Міністерство праці та соціальної політики — у питаннях забезпечення медичного обслуговування громадян — осіб похилого віку та інвалідів; Фонд соціального страхування з тимчасової втрати працездатності — у частині фінансування допомоги з тимчасової непрацездатності у зв'язку з хворобою, допомоги по вагітності та пологах, оплати вартості путівок на санаторно-курортне лікування тощо; Фонд соціального страхування від нещасних випадків на виробництві та професійних захворювань України — у частині оплати вартості медичних послуг застрахованим особам у разі настання страхового випадку та Товариство Червоного Хреста України — у частині забезпечення медико-соціальної підтримки самотніх осіб похилого віку та деяких інших категорій населення.

В Україні більшість послуг з медичного обслуговування та профілактики захворювань надаються державними та комунальними закладами охорони здоров'я. Станом на 1 жовтня 2008 року система

охорони здоров'я України представлена понад 9 416 закладами різного виду, у т. ч. 6 842 закладами з надання амбулаторно-поліклінічної допомоги та 2 514 лікарняними закладами<sup>1</sup>. Стаціонарний сектор представлено розгалуженою мережею лікарняних закладів різного виду, ієрархічного рівня та функціонального призначення із загальною потужністю у кількості 419,7 тис. ліжок, або 97,3 ліжка на 10 тис. населення, тоді як у радянські часи цей показник був на рівні 135–140 ліжок, більшість становлять дільничні (23,7 відсотка), міські (21,3 відсотка), центральні районні лікарні (18,4 відсотка) та стаціонарні відділення однопрофільних диспансерів (14,3 відсотка). Із загальної кількості позалікарняних закладів 56,2 відсотка призначені виключно для надання первинної медичної допомоги (сільські та міські лікарські амбулаторії, амбулаторні відділення сільських дільничних лікарень), 28,1 відсотка надають і первинну, і вторинну амбулаторну допомогу (поліклініки). Амбулаторно-поліклінічні заклади розраховані на 957,1 тис. відвідувань за зміну. У 2008 році в системі охорони здоров'я працювало 207,9 тис. лікарів, із них 82 відсотки — у системі Міністерства охорони здоров'я, решта — у відомчій медицині. Безпосередньо надають медичну допомогу 26,7 лікаря на 10 тис. населення, що значно нижче від середньоєвропейського рівня<sup>2</sup>.

Протягом декількох років поспіль в Україні здійснюється реформа системи охорони здоров'я, зокрема, почали діяти лікарняні каси — недержавні громадські організації сприяння охороні здоров'я і захисту прав пацієнтів, які працюють за схемою, подібною до страхування. З метою підвищення структурної ефективності системи медичного обслуговування в рамках реформи системи охорони здоров'я передбачається проведення таких організаційних змін: планується на регіональному рівні створити госпітальні округи з визначеною типовою структурою відповідно до щільності проживання населення, що обслуговується. У межах такого округу передбачається створити багато-профільну лікарню інтенсивного лікування з консультативною поліклінікою (для хворих з гострими станами), декілька (згідно з розрахунковою потребою) лікарень для відновного лікування, хоспіс. У кожному районі або місті планується створити лікарні планового лікування хронічних хворих із відділеннями відновного лікування та відділеннями «централізований домашній стаціонар» для терміналь-

<sup>1</sup> [www.likar.info](http://www.likar.info)

<sup>2</sup> Що скорочуватимемо: лікарняні ліжка чи крісла чиновників // Дзеркало тижня. – № 12 (740).

них хворих. Окремо будуть виділені в кожному адміністративному районі або місті заклади медико-соціальної допомоги, до складу яких входитимуть амбулаторії загальної практики — сімейної медицини та фельдшерсько-акушерські пункти, що надаватимуть первинну медико-санітарну допомогу в межах діючих адміністративних територій<sup>1</sup>. Згодом передбачається перетворити заклади охорони здоров'я у комунальні неприбуткові некомерційні підприємства, які матимуть можливість укладати договори про надання медичних послуг з органами влади на місцях і отримувати відповідні, у т. ч. фінансові, ресурси.

У сільській місцевості передбачається створити із статусом юридичної особи мережу закладів первинної медико-санітарної допомоги, що включатиме сільські лікарські амбулаторії, амбулаторні відділення сільських дільничних та районних лікарень, фельдшерсько-акушерські пункти. Фельдшерсько-акушерські пункти, що обслуговують понад 1 тис. населення, буде реорганізовано в амбулаторії загальної лікарської практики сімейної медицини, які згодом також будуть перетворені у комунальні неприбуткові підприємства.

У містах планується створити амбулаторії первинної медико-санітарної допомоги, до штатного розпису яких будуть входити лікар-терапевт та лікар-педіатр, медичні сестри в розрахунку на певну кількість жителів. Надалі планується на базі таких амбулаторій створити неприбуткові некомерційні підприємства або амбулаторії сімейної медицини<sup>2</sup>. На думку автора, є невиправданим «нав'язування» в Україні сімейної медицини, оскільки, як свідчить практика, вона не користується у населення достатнім попитом. Створення комунальних неприбуткових некомерційних підприємств також навряд чи вирішить проблему відходу від бюджетної системи фінансування охорони здоров'я (що, власне, і мається на меті при проведенні реформи) до конкурентних засад функціонування медичних закладів, оскільки вони надалі залишаться у комунальній власності.

На сьогодні одними із учасників сфери охорони здоров'я України також є страхові організації, які забезпечують добровільне (приватне) медичне страхування. З уведенням в Україні загальнообов'язкового медичного страхування організаційна структура системи охорони здоров'я країни, звичайно, зазнає певних змін.

<sup>1</sup> Аналітична довідка до парламентських слухань на тему «Шляхи реформування охорони здоров'я та медичне страхування в Україні». – С. 8.

<sup>2</sup> Там само. – С. 9.

У більшості країн Центральної Європи вже функціонує система медичного страхування, що й зумовлює особливості організаційної структури їхньої системи охорони здоров'я.

У Німеччині роль Центрального уряду обмежена розробкою законодавчої бази, а основні виконавчі функції належать адміністраціям окремих земель. Федеральне міністерство охорони здоров'я є основною установою на федеральному рівні, а на місцевому рівні функціонують загальні місцеві лікарняні каси (Allgemeine Ortskrankenkassen), лікарняні каси компаній (Betriebskrankenkassen) та спеціальні каси для окремих професійних груп населення. Вони є незалежними самоврядними організаціями, контроль за діяльністю яких здійснює урядове агентство. Організація і фінансування системи охорони здоров'я в Німеччині базується на традиційних принципах соціальної солідарності, децентралізації та саморегуляції<sup>1</sup>. У Німеччині функціонують лікарні чотирьох видів: державні, приватні (в основному спеціалізовані), Червоного Хреста, церковні та інших благочинних фондів. Амбулаторне лікування забезпечують лікарі-практики і приватні фахівці, а стаціонарне — стаціонари швидкої медичної допомоги та лікувальні установи для хронічно хворих, які перебувають під управлінням держави, некомерційних і недержавних організацій. Учасники державної програми охорони здоров'я зобов'язані мати дозвіл фондів медичного страхування. У Німеччині існує дворівнева система медичного страхування, де одночасно функціонують державні та недержавні страхові установи.

У Польщі питання ведення реєстру закладів охорони здоров'я, їх утворення та контроль за діяльністю таких закладів, які функціонують на території воєводства, перебувають у компетенції державних адміністрацій на рівні воєводств (близько 99 відсотків усіх закладів охорони здоров'я підпорядковані органам місцевого самоврядування і лише близько 30 установ підпорядковані Міністерству охорони здоров'я на загальнодержавному рівні). Воєводське самоврядування забезпечує реалізацію завдань у галузі охорони здоров'я, регулює діяльність відповідного регіонального фонду обов'язкового медичного страхування та здійснює розробку стратегії воєводства у галузі охорони здоров'я, а органи самоврядування на рівні гміни забезпечують задоволення суспільних потреб у сфері охорони здоров'я. У Польщі

<sup>1</sup> Досвід країн Європи у фінансуванні галузі охорони здоров'я. Уроки для України / за заг. ред. В. Г. Черненка та В. М. Рудого. – К., 2002. – С. 32.

заклади охорони здоров'я позбавлені статусу бюджетних установ, у зв'язку з чим є повноцінними суб'єктами господарської діяльності, неприбутковими установами з наданням їм відповідних пільг щодо оподаткування, за винятком тих, які засновані на умовах приватної власності і належать до суб'єктів комерційної діяльності, що оподатковуються на загальних підставах<sup>1</sup>.

У Чеській Республіці всі особи, які проживають на її території, охоплені системою обов'язкового медичного страхування, у зв'язку з чим Адміністрація соціального страхування Чехії (CSSZ) є бюджетною організацією, функції якої полягають у зборі внесків на соціальне страхування, у т. ч. медичне. Фінансування універсальної програми медичного страхування, що гарантується державою, покладено на окремі компанії (фонди) медичного страхування. Більшість громадян є членами Фонду загального медичного страхування. Власником регіональних та університетських лікарень є Національний уряд, а невеликі лікарні перебувають у власності районів та муніципалітетів<sup>2</sup>, тобто система закладів охорони здоров'я включає державні лікарні (близько 90 відсотків), які належать 14 регіональним адміністраціям, а решта медичних закладів перебуває у приватній власності. Керівництво всією структурою охорони здоров'я у країні здійснює міністерство охорони здоров'я. Крім того, у Чехії існує одна державна компанія з контролю за медичним страхуванням — Генеральне агентство медичного страхування Чеської Республіки (VZP). Амбулаторну спеціалізовану допомогу у Чехії надають поліклініки, медичні центри, поліклінічні відділення лікарень та незалежні лікарі. Послуги стаціонарної спеціалізованої допомоги надаються лікарнями, перетвореними в акціонерні компанії та некомерційні організації.

В Угорщині медична допомога надається в рамках соціального страхування. Національне податкове управління та його місцеві філії відповідають за збір внесків соціального страхування та за їх перерахування до Національного фонду медичного страхування. Медичні послуги в Угорщині надаються або лікарями, які працевлаштовані місцевою владою в лікарні, або незалежними лікарями, які уклали особисті контракти з місцевим відділенням Національного фонду медичного страхування<sup>3</sup>. У власності Міністерства охорони здоров'я

<sup>1</sup> Досвід країн Європи у фінансуванні галузі охорони здоров'я. Уроки для України / за заг. ред. В. Г. Черненка та В. М. Рудого. – К., 2002. – С. 59–61.

<sup>2</sup> Там само. – С. 67–68.

<sup>3</sup> Там само. – С. 70.

перебувають служби швидкої медичної допомоги, переливання крові, деякі спеціалізовані установи. Основні рішення щодо функціонування системи охорони здоров'я Угорщини приймаються централізовано однопалатним Парламентом, урядом і Міністерством охорони здоров'я. Таким чином, Фонд медичного страхування Угорщини покриває поточні витрати на медичне обслуговування всіх громадян, а Центральний уряд визначає політику охорони здоров'я та виділяє кошти з державного бюджету на капітальні видатки. Основними постачальниками медичних послуг є місцеві органи влади, яким належить більшість медичних установ (лікарні, поліклініки, пункти надання першої медичної допомоги). Ліцензування медичної діяльності здійснює Угорська медична палата.

В Естонії координує діяльність у галузі охорони здоров'я Міністерство соціального забезпечення. Рада з охорони здоров'я здійснює ліцензування медичних установ і реєстрацію медичних працівників, контролює якість медичних послуг та здійснює фінансування служби швидкої допомоги. У 2000 році з ухваленням Закону про фонд медичного страхування<sup>1</sup> було реорганізовано лікарняні каси в єдиний фонд медичного страхування Естонії, який має сім філій і є автономною державною організацією. Структура державного управління в Естонії містить два рівні: центральний і муніципальний. Урядом Естонії розроблено генеральний план щодо напрямів реструктуризації лікарняного сектору до 2015 року, у якому соціальне медичне страхування і надалі залишається основним джерелом фінансування лікарень. Пацієнти в Естонії віддають перевагу сімейним лікарям, які працюють за договорами з Естонським фондом медичного страхування<sup>2</sup>. Амбулаторну спеціалізовану допомогу можна отримати в поліклініках, медичних центрах, поліклінічних відділеннях лікарень, у незалежних лікарів. Послуги стаціонарної спеціалізованої допомоги надають лікарні, перетворені в акціонерні компанії і некомерційні організації, а високоспеціалізовану — клініка Тартуського університету та Таллінська регіональна лікарня.

У Литві з 1997 року адміністрування медичного страхування здійснює централізована система державних лікарняних кас. До функцій Міністерства охорони здоров'я належить установлення розцінок на медичні послуги.

<sup>1</sup> [www.csf.ee](http://www.csf.ee)

<sup>2</sup> Досвід країн Європи у фінансуванні галузі охорони здоров'я. Уроки для України / за заг. ред. В. Г. Черненка та В. М. Рудого. – К., 2002. – С. 73.



Система організації охорони здоров'я у Болгарії характеризується тим, що Національний фонд медичного страхування, будучи страховиком, забезпечує і надання обов'язкового медичного страхування. Лікарні у Болгарії фінансуються Міністерством охорони здоров'я, муніципалітетами та іншими власниками<sup>1</sup>.

У Румунії протягом перехідного 1998 року функцію страхових органів виконувало Міністерство фінансів та місцеві органи управління охороною здоров'я. Міністерство охорони здоров'я виступало в ролі Національного фонду медичного страхування, а органи, що перебувають у юрисдикції Міністерства фінансів, збирали доходи. Страхові фонди (національний та районні) як самостійні структури були засновані в січні 1999 року. Ради страхових фондів призначаються профспілками, асоціаціями роботодавців та урядом (на національному рівні) та місцевими радами (на районному рівні). Усі кошти збираються на місцевому рівні 42 районними фондами медичного страхування (по 1 на кожний район плюс один у Бухаресті). Коштами розпоряджається один автономний фонд медичного страхування та національний фонд медичного страхування.

В Австрії з 2005 року створено єдину мережу стаціонарних і амбулаторних установ різних форм власності, а також Федеральне медичне управління (Федеральну медичну комісію) і провінційні медичні комітети. Федеральне медичне управління — це національна установа, яка здійснює планування, управління і фінансування системи охорони здоров'я Австрії, аналізує ефективність роботи системи відшкодування видатків та контролю якості медичних послуг. До повноважень провінційних медичних комітетів належить упровадження у практику різноманітних рекомендацій. Керівництво охороною здоров'я в Австрії здійснює Міністерство охорони здоров'я й охорони навколишнього середовища, до компетенції якого належить: формування національної політики охорони здоров'я; підготовка законопроектів з питань охорони здоров'я, що ухвалюються парламентом; контроль за якістю медикаментів і дотриманням санітарних норм та правил. Місцеві служби охорони здоров'я в Австрії перебувають у віданні місцевих органів управління. Уряди земель, відповідно до Федеральної конституції, користуються широкою автономією і несуть повну відповідальність за забезпечення населення лікувально-профілактичною допо-

<sup>1</sup> Досвід країн Європи у фінансуванні галузі охорони здоров'я. Уроки для України / за заг. ред. В. Г. Черненка та В. М. Рудого. — К., 2002. — С. 76.

могою. Губернатор кожної землі відповідає за виконання директив Міністерства охорони здоров'я.

Таким чином, і в Україні, і у країнах Центральної Європи загальне керівництво системами охорони здоров'я здійснюють переважно Міністерства охорони здоров'я.

Проведений аналіз організації надання стаціонарної допомоги в Україні та країнах Центральної Європи дозволяє виокремити такі відмінності вітчизняної системи від європейської: а) у країнах Центральної Європи, на відміну від України, відсутні широко спеціалізовані заклади охорони здоров'я та малопотужні лікарні й стаціонарні відділення; б) у країнах Центральної Європи стаціонарна допомога надається у госпіталях потужністю до 1 000 ліжок, які об'єднують стаціонарні відділення за всіма профілями, що дозволяє за менших витрат запроваджувати сучасні високоефективні медичні технології, створювати потужні діагностичні бази та забезпечувати адекватний менеджмент. Проте, на думку автора, недопустимим є копіювання в Україні європейської організаційної структури системи охорони здоров'я, оскільки в нашій державі відмінна не лише соціально-економічна і політична ситуація, але і стан здоров'я громадян, бо і рівень захворюваності, і рівень смертності населення України у декілька разів перевищує європейський.

Отже, реформування системи охорони здоров'я України відповідно до європейських стандартів має відбуватися лише на підставі науково обґрунтованих розрахунків потреби у лікарнях, поліклініках, ФАПах, виходячи з кількості населення та структури захворюваності у розрізі регіонів України. Лише таким чином можна буде забезпечити повноцінну реалізацію громадянами права на охорону здоров'я, передбаченого статтею 49 Конституції нашої держави.