

# До питання про загрози дотриманню права на охорону здоров'я у процесі реалізації в Україні «Реформи медичного обслуговування» (2010 – 2013 р.)

*Олександр Степаненко,*

*Голова ГО «Гельсінська ініціатива-XXI»*

*член Правління Української Гельсінської спілки з прав людини*

**Статут Всесвітньої організації охорони здоров'я (ВООЗ)** визначає здоров'я, як стан повного фізичного, душевного і соціального благополуччя, а не лише відсутність хвороб і фізичних дефектів.

Мати найвищий досяжний рівень здоров'я є одним з основних прав усякої людини без розрізнення раси, релігії, політичних переконань, економічного чи соціального положення.

**Уряди несуть відповідальність** за здоров'я своїх народів, і ця відповідальність вимагає прийняття відповідних заходів соціального характеру та в галузі охорони здоров'я.

**Стаття 49 Конституції** проголошує право кожного 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.

**Рішенням Конституційного Суду України** від 29 травня 2002 року N 10-рп/2002 встановлено, що у державних та комунальних закладах охорони здоров'я медична допомога надається всім громадянам незалежно від її обсягу та без попереднього, поточного або 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.

**У законі «Основи законодавства України про охорону здоров'я»** декларується природне невід'ємне і непорушне право кожної людини на охорону здоров'я. Закон стверджує, що суспільство і держава відповідальні перед сучасним і майбутніми поколіннями за рівень здоров'я і збереження генофонду народу України, забезпечують пріоритетність охорони здоров'я в діяльності держави, поліпшення умов праці, навчання, побуту і відпочинку населення, розв'язання екологічних проблем, вдосконалення медичної допомоги і запровадження здорового способу життя.

Стаття 4 Основ законодавства проголошує **основні принципи охорони здоров'я:**

- визнання охорони здоров'я пріоритетним напрямом діяльності суспільства і держави, одним з головних чинників виживання та розвитку народу України;
- дотримання прав і свобод людини і громадянина в сфері охорони здоров'я та забезпечення пов'язаних з ними державних гарантій;
- гуманістична спрямованість, забезпечення пріоритету загальнолюдських цінностей над класовими, національними, груповими або індивідуальними інтересами, підвищений медико-соціальний захист найбільш вразливих верств населення;
- рівноправність громадян, демократизм і загальнодоступність медичної допомоги та інших послуг в сфері охорони здоров'я;
- відповідність завданням і рівню соціально-економічного та культурного розвитку суспільства, наукова обґрунтованість, матеріально-технічна і фінансова забезпеченість;

- орієнтація на сучасні стандарти здоров'я та медичної допомоги, поєднання вітчизняних традицій і досягнень із світовим досвідом в сфері охорони здоров'я;
- попереджувально-профілактичний характер, комплексний соціальний, екологічний та медичний підхід до охорони здоров'я;
- багатоканальність економіки охорони здоров'я і багатоканальність її фінансування, поєднання державних гарантій з монополізацією та заохоченням підприємництва і конкуренції;
- децентралізація державного управління, розвиток самоврядування закладів та самостійності працівників охорони здоров'я на правовій і договірній основі.

У статті 6 закону наведено також тлумачення поняття **про право кожного громадянина України на охорону здоров'я**, що передбачає:

- життєвий рівень, включаючи їжу, одяг, житло, медичний догляд та соціальне обслуговування і забезпечення, який є необхідним для підтримання здоров'я людини;
- безпечне для життя і здоров'я навколишнє природне середовище;
- санітарно-епідемічне благополуччя території і населеного пункту, де він проживає;
- безпечні і здорові умови праці, навчання, побуту та відпочинку;
- кваліфіковану медичну допомогу, включаючи вільний вибір лікаря, вибір методів лікування відповідно до його рекомендацій і закладу охорони здоров'я;
- достовірну та своєчасну інформацію про стан свого здоров'я і здоров'я населення, включаючи існуючі і можливі фактори ризику та їх ступінь;
- участь в обговоренні проектів законодавчих актів і внесення пропозицій щодо формування державної політики в сфері охорони здоров'я;
- участь в управлінні охороною здоров'я та проведенні громадської експертизи з цих питань у порядку, передбаченому законодавством;
- можливість об'єднання в громадські організації з метою сприяння охороні здоров'я;
- правовий захист від будь-яких незаконних форм дискримінації, пов'язаних із станом здоров'я;
- відшкодування заподіяної здоров'ю шкоди;
- оскарження неправомірних рішень і дій працівників, закладів та органів охорони здоров'я;
- можливість проведення незалежної медичної експертизи у разі незгоди громадянина з висновками державної медичної експертизи, застосування до нього заходів примусового лікування та в інших випадках, коли діями працівників охорони здоров'я можуть бути ущемлені загальновизнані права людини і громадянина;
- право пацієнта, який перебуває на стаціонарному лікуванні в закладі охорони здоров'я, на допуск до нього інших медичних працівників, членів сім'ї, опікуна, піклувальника, нотаріуса та адвоката, а також священнослужителя для відправлення богослужіння та релігійного обряду.

**Попри неоднозначність сприйняття окремих конституційних та базових законодавчих принципів щодо реалізації права на охорону здоров'я та медичну допомогу, зокрема щодо її безоплатності, ані ці принципи, ані законодавчо визначене поняття про право на охорону здоров'я не є предметом дискусії у межах даного аналізу.**

Процес реформування системи охорони здоров'я триває в Україні не перший рік. Так у відповідності до стратегічного курсу ВООЗ, вперше проголошеного на Алма-Атинській міжнародній конференції з первинної медико-санітарної допомоги у 1978 році, практично з перших років державної незалежності розпочалося еволюційне становлення інституту сімейної медицини, заявлено про наміри впровадження державного медичного страхування. Певною мірою цей процес отримав законодавче та інституційне оформлення у законі «Про затвердження Загальнодержавної програми розвитку первинної медико-санітарної допомоги на засадах сімейної медицини на період до 2011 року»<sup>1</sup> та «Національному плані розвитку системи охорони здоров'я України на 2006 - 2011 роки»<sup>2</sup>.

На жаль, у процесі здійснення реформ були недостатньо враховані практично усі принципи, проголошені у **«Основах законодавства України про охорону здоров'я»**: як про пріоритетність охорони здоров'я у державній політиці, децентралізацію державного управління цією сферою, попереджувально-профілактичний характер охорони здоров'я, його багатоканальність та багатоканальність фінансування, так і про рівноправність громадян, демократизм і загальнодоступність медичної допомоги.

Невиправдано довгим стало зволікання із впровадженням державного медичного страхування та усуненням диспропорцій у сенсі доступу до медичної допомоги: насамперед з огляду на неприпустиме відставання у розвитку системи охорони здоров'я сільського населення, а також у

<sup>1</sup> <http://zakon4.rada.gov.ua/laws/show/1841-17>

<sup>2</sup> <http://zakon2.rada.gov.ua/laws/show/815-2007-%D0%BF>

зв'язку з існуванням у державі розгалуженої мережі урядових та відомчих лікувально-профілактичних й оздоровчих закладів з обмеженим доступом, які отримують 7% від державних витрат на охорону здоров'я, хоч становлять 0,5% від кількості усіх медичних закладів.

Як наслідок, в умовах глибокої **соціально-економічної кризи**, яка супроводжується різким майновим розшаруванням та збідненням великих груп населення, масштабною трудовою міграцією, зниженням уваги державної влади до сфери охорони здоров'я, стрімкою комерціалізацією ринку медикаментів та медичних послуг, зростанням нерівності у доступі до медичної допомоги, погіршенням санітарно-гігієнічного стану поселень, екологічної ситуації тощо виникають безпрецедентні загрози щодо реалізації права на охорону здоров'я, погіршення стану громадського здоров'я та соціальної стабільності.

**За демографічними показниками** (народжуваність, смертність, тривалість життя) Україна поступається практично усім країнам Європи (у т. ч. Білорусі та країнам Балтії), США, Канаді, Австралії, Новій Зеландії, а також більшості країн південно-американського континенту. Так, за інтегральним показником тривалості життя Україна посідає 120-е місце у світі (в середньому - 68 років, 62 роки для чоловіків та 73 - для жінок, що на 10-12 років менше, ніж середня тривалість життя мешканців країн Західної Європи). За тривалістю життя чоловіків – 140-е. Поруч з нею у цьому рейтингу Росія, Туркменістан, Казахстан, Монголія, Азербайджан, Пакистан, Бангладеш, Камбоджа, Мадагаскар.

Починаючи з 1991 року, Україна перебуває у стані депопуляції – переважання смертності над народжуваністю, що призводить до неухильного скорочення чисельності її населення – причому без будь-яких ознак поліпшення ситуації у більшості її областей впродовж останніх років. Особливо гостро виражені процеси депопуляції серед сільського населення, смертність серед сільського населення у півтора–два рази перевищує відповідні показники для міського населення – без перебільшення йдеться про вимирання українського села.

За даними Державної служби статистики у 2012 році в Україні спостерігалось природне скорочення населення – українців за рік стало менше на 124 996 особи.<sup>3</sup> Хоча процеси депопуляції характерні і для країн західної Європи, тут вони мають іншу природу і пов'язані переважно із низькою народжуваністю.

Впродовж 20 років в країні триває перманентна епідемія туберкульозу, СНІДу, зростання рівня травматизму, онкологічних, серцево-судинних захворювань, споживання наркотиків, масштабної алкоголізації населення. За ці роки, наприклад, показники захворюваності на туберкульоз у багатьох областях зросли у 1,5 рази, на злякисні новоутворення - у 2,0 - 2,5 рази. За темпами поширення епідемії ВІЛ-інфекції/СНІДу Україна продовжує посідати одне з перших місць у Європі...

Незважаючи на розвиток мережі перинатальних центрів, смертність дітей віком до 1 року залишається високою та має тенденцію до зростання – 4769 (4704 у 2011 році). У 2012 році майже удвічі більше малюків померло від онкологічних захворювань (42 - у 2012 р, 26 – у 2011 р.).

Певне збільшення обсягів **бюджетного фінансування** медичної галузі (на рівні 3,4% від ВВП) нівелюється через неефективне використання коштів, а також внаслідок стрімкого зростання вартості медикаментів, медичного обладнання, енергоносіїв тощо<sup>4</sup>.

У більшості регіонів України органи місцевого самоврядування виявляються неспроможними самотужки утримувати ефективну систему медичної допомоги: коштів місцевих бюджетів не вистачає навіть на оплату праці медичних працівників та розрахунків за енергоносії.

Створення **альтернатив бюджетному фінансуванню** закладів охорони здоров'я у даний час існує переважно у вигляді «благодійницької» допомоги, котра у більшості випадків надається за непрозорими схемами. За офіційними оцінками частка різного роду тінювих платежів у системі медичного обслуговування 10-15 % від обсягів загального фінансування.

Сфера добровільного медичного страхування все ще не набула достатнього розвитку ані в якісному, ані в кількісному вимірі. Впровадження державного медичного страхування у 2009 – 11 роках призупинено, хоча відповідний законопроект мав бути розроблений ще 2007 року.

Хоча більша частина бюджетних коштів використовується на оплату праці, зарплатня медичних працівників залишається низькою - у 2011 році вона у середньому склала 1778 грн, що на 20% менше, ніж у системі освіти та 43% менше, ніж у промисловості і на 67% менше, ніж у фінансовому секторі. Для порівняння: заробітна плата медиків у Болгарії складає 572 €, у Литві – 700–800 €, у Португалії – 898 €, у Словенії – 1571 €, у Фінляндії – 2536€. Низькі розміри оплати праці є

<sup>3</sup> <http://www.ukrstat.gov.ua/>

<sup>4</sup> [http://www.minfin.gov.ua/control/uk/publish/article?art\\_id=353252&cat\\_id=326268](http://www.minfin.gov.ua/control/uk/publish/article?art_id=353252&cat_id=326268)

лише однією з причин, що провокує медичних працівників до отримання від пацієнтів протизаконних «доплат» за свою роботу.

За роки незалежності в Україні **фактично припинили функціонування десятки державних та комунальних медико-санітарних закладів**: багатопрофільних дільничних та районних лікарень, спеціалізованих диспансерів, реабілітаційних, оздоровчих закладів, сотні лікарських амбулаторій, скорочено десятки тисяч ліжок у багатопрофільних лікарнях. Достовірна інформація про реальні обсяги цього процесу приховується.

Скорочення мережі медичних закладів та кількості стаціонарних ліжок Уряд та Міністерство охорони здоров'я (МОЗ) аргументують тим, що в Україні існує надлишок лікарень, а в українських лікарнях - надлишкова кількість лікарняних ліжок. За офіційними оцінками станом на 2009 рік на 100 тис. населення в Україні припадає 5,6 лікарень, тоді як у «старих країнах» ЄС цей показник – 2,6. Кількість лікарняних ліжок – у середньому 90 на 10000 населення, що в 1,5 рази більше за середню в тих самих країнах ЄС.

Але тут варто зауважити, що у на рівні сільських адміністративних районів «евростандарт» вже досягнуто за рахунок скорочень - кількість лікарняних ліжок у даний час складає лише 40 - 50 на 10000 населення. Впродовж останніх двох десятиліть вже відбулося масштабне закриття дільничних лікарень у депресивних регіонах та сільській місцевості.

Безоглядне рівняння у питанні про мережу лікувальних закладів на стандарти найбільш сильних у соціально-економічному розвитку країни ЄС видається щонайменш передчасним.

Значною мірою дільничні та районні лікарні працюють не за профілем вимушено, надаючи паліативну допомогу, послуги з догляду та притулок: особам похилого віку, інвалідам, онкологічним хворим, немічним та самотнім людям, різного роду маргіналізованим групам населення, хоча цим мали б опікуватися соціальні служби, заклади реабілітації та паліативної допомоги, наразі відсутні, або ж віддалені.

Причому саме ті регіони, у яких найбільш інтенсивно відбуваються процеси депопуляції, вже впродовж багатьох років отримують дедалі меншу підтримку на фінансування потреб охорони здоров'я від державного бюджету, адже розміри міжбюджетних трансфертів - аж до рівня міст обласного значення та районів - визначаються Урядом чисто механістично - з розрахунку на одну особу<sup>5</sup>.

Так, наприклад, у Тернопільській області ліжковий фонд лікувальних закладів скоротився більш ніж у півтора рази. Якщо у масштабах області у 1991 році у дільничних лікарнях щороку отримувало медичну допомогу близько 20 тис. мешканців, то нині у них лікується лише близько 2,5 тисяч. Кількість дільничних лікарень у області скоротилася у три рази<sup>6</sup>.

Лише за 2011 – 2012 роки у рамках пілотного проекту медичної реформи в Дніпропетровській області скорочено понад 4 тисячі лікарняних ліжок, а також єдину геріатричну поліклініку, яка діяла при міській лікарні №19 і обслуговувала 13 тисяч пенсіонерів на рік<sup>7</sup>. У Донецькій області в 2012 році ліквідували лікарні в 6 містах. У місті Кіровське закрилася єдина лікарня в місті, в Ясинуватій і Авдіївці закрилося по одній з двох лікарень. Під загрозою ліквідації знаходиться Макіївська міська лікарня №4. Так само ліквідується психіатричне відділення в м. Родинське і лікарняне відділення в місті Курахове.

У Чернігівській області, яка найбільше постраждала від Чорнобильської катастрофи, ліквідовано Степанівську та Шаповалівську дільничні лікарні Борзнянського району, під загрозою закриття десятки інших медичних закладів, зокрема, кабінет дитячої консультації при державному закладі «Вузлова поліклініка станції Бахмач Південно-Західної залізниці», Комарівська дільнична лікарня Борзнянського району, Рубанівська дільнична лікарня Бахмацького району, Орлівська дільнична лікарня Куликівського району, Лосинівська дільнична лікарня Ніжинського району, Макіївська дільнична лікарня Носівського району тощо<sup>8</sup>.

«З метою оптимізації мережі лікувально-профілактичних установ комунальної власності територіальної громади міста Одеси» закрито міську лікарню № 7, яка обслуговувала близько 350 000 мешканців Суворовського району, з трьох існуючих протитуберкульозних диспансерів № 3 (вул. Ак.

<sup>5</sup> Останній урядовий акт, яким регулюється це питання Постанова КМУ від 8 грудня № 2010 р. 1149 «Деякі питання розподілу обсягу міжбюджетних трансфертів»

<sup>6</sup> «ОСНОВНІ ПОКАЗНИКИ СТАНУ ЗДОРОВ'Я НАСЕЛЕННЯ ТА РЕСУРСІВ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я ТЕРНОПІЛЬСЬКОЇ ОБЛАСТІ», Довідник «Інформаційно-аналітичного центру медичної статистики» Головного управління охорони здоров'я Тернопільської ОДА, 2013 рік.

<sup>7</sup> Проект Закону про визнання таким, що втратив чинність, Закону України "Про порядок проведення реформування системи охорони здоров'я у Вінницькій, Дніпропетровській, Донецькій областях та місті Києві" - [http://w1.c1.rada.gov.ua/pls/zweb2/webproc4\\_1?pf3511=45924](http://w1.c1.rada.gov.ua/pls/zweb2/webproc4_1?pf3511=45924)

<sup>8</sup> Проект Закону України «Про введення мораторію на ліквідацію та реорганізацію закладів охорони здоров'я» народних депутатів Ляшка та Куровського.

Філатова, 10), № 4 (вул. Атамана Головатого, 30) створено один на базі протитуберкульозного диспансеру № 2 (вул. Новосельського, 101)<sup>9</sup>.

**Служба швидкої медичної допомоги** працює в Україні умовах тотального недофінансування, що є головною причиною скорочення кількості бригад, незадовільного технічного стану автомобілів, дефіциту сучасного медичного обладнання, ліків, засобів зв'язку, пального. Але несвоєчасне надання швидкої медичної допомоги у більшості випадків зумовлено й іншими чинниками, насамперед - критичним станом українських доріг, хаосом, що царює на них та врешті-решт неможливістю дістатися без перешкод до помешкання хворої людини.

Крім того, на бригади швидкої медичної допомоги у багатопрофільних лікарнях вимушено покладено безліч інших, невластивих їй, але також необхідних функцій: надання паліативної допомоги онкологічним хворим, транспортування пацієнтів, лікарів-консультантів, чергового медичного персоналу з одного підрозділу до іншого, перевезення медикаментів, препаратів крові, устаткування тощо.

**Показник забезпеченості лікарями**, які безпосередньо надають медичну допомогу, в Україні знаходиться нижче середньоєвропейського рівня (26,9 в Україні проти 33,0 на 10 тис. населення в Європі). У сільських адміністративних районах цей показник ще нижчий – порядку 24,0 на 10 тис. Укомплектованість посад лікарями складає в Україні 81,0%, у сільській місцевості — 75,2%.

Найшвидшими темпами йде **занепад системи медичної допомоги саме на селі**. Парадоксально, але за десятиліття, впродовж якого тривало впровадження інституту сімейного лікаря, проблема забезпечення сільських мешканців лікарськими кадрами стала ще більш гострою, а створення амбулаторій сімейної медицини до даного часу не компенсувало функцій закритих дільничних лікарень та реорганізованих лікарських амбулаторій – хоча саме на селі місія сімейного лікаря є найбільш затребуваною.

Поза сумнівом, **реформування сфери медичної допомоги** давно на часі. За даними соціологів близько 60 - 70% українських громадян погоджується з необхідністю реформувати медицину.

**Втім, варто вести мову саме про реформування загальної системи охорони здоров'я, лише однією з складових якої є практична медицина.**

Головні вектори медичної реформи було сформульовано у розділі **«Реформа медичного обслуговування» Програми економічних реформ на 2010 – 2014 роки «Заможне суспільство, конкурентоспроможна економіка, ефективна держава» (Програма)**, укладеної Комітетом з економічних реформ при Президенті України<sup>10</sup> та затвердженої відповідним Указом Президента.

З більшістю положень Програми у частині аналізу кризового стану у медичній сфері, а також із декларацією мети та завдань «реформи медичного обслуговування» можна погоджуватися.

Натомість вже перелік «необхідних кроків» у процесі здійснення реформ видається фрагментарним, не завжди обґрунтованим, таким що не повною мірою базується на основних принципах охорони здоров'я та на визнанні права кожної людини на найвищий досяжний рівень здоров'я, проголошених у Статуті ВООЗ, Конституції України, «Основах законодавства України про охорону здоров'я».

Приміром, Програма не містить згадки про системні заходи із наближення закладів сімейної медицини до пацієнта, зокрема, про нагальну потребу пріоритетного розвитку системи первинної медико-санітарної допомоги на селі. Йдеться лише про «реорганізацію сфери шляхом створення **центрів** первинної медико-санітарної допомоги», про **«об'єднання коштів** на надання первинної медико-санітарної допомоги на рівні району або міста». Натомість не зроблено наголосу на розширенні мережі **амбулаторій сімейної медицини, а також на необхідності створення адекватних соціально-економічних стимулів для роботи й проживання медичних працівників на селі**. Зрозуміло, що таке завдання не може бути реалізоване зусиллями лише органів місцевого самоврядування та закладів охорони здоров'я. Воно вимагає всебічної та багаторічної підтримки на державному рівні.

<sup>9</sup> Запит «Щодо скасування неправомірних рішень Одеської міської ради, які грубо суперечать Конституції України та направлені на незаконне скорочення мережі державних і комунальних закладів охорони здоров'я в м. Одесі» народного депутата Ю. Кармазіна

<sup>10</sup> [http://www.president.gov.ua/docs/Programa\\_reform\\_FINAL\\_1.pdf](http://www.president.gov.ua/docs/Programa_reform_FINAL_1.pdf)

У Програмі не йдеться про мету збільшення бюджетного фінансування на потреби розвитку системи охорони здоров'я. Тимчасом проголошується намір підтримати розвиток приватного сектору медичних послуг, який розвивається у певних сферах досить динамічно і без державної підтримки. Лише послуги приватних медичних закладів залишаються недоступними для великої частини українців через їхню високу вартість.

Необгрунтовано відкладається впровадження державного медичного страхування. «Підготовка до запровадження обов'язкового соціального медичного страхування» передбачена у лише на третьому етапі реалізації «реформи медичного обслуговування», наприкінці 2014 року.

Тимчасом більшість українських громадян пов'язує свої сподівання на покращення якості медичної допомоги саме із впровадженням медичного страхування. Так, за даними опитування українських громадян про їхнє ставлення до запровадження медичного страхування, проведеного МОЗ ще у 2009 – 2010 роках, 74,2% опитаних засвідчило цілковиту підтримку впровадження страхової медицини, лише 16,6% – проти, та 9,2% – байдуже.<sup>11</sup>

Ані словом не згадано у Програмі потребу досягнення рівноправності громадян та загальнодоступності медичної допомоги, у сенсі зміни ситуації із існуванням мережі урядових та відомчих лікувально-профілактичних закладів. До слова, одним з головних пріоритетів ВООЗ у 21 столітті було визнано саме викорінення соціальної несправедливості у доступі до медичної допомоги і витратах на неї.

Схоже, що у розумінні реформаторів не існує права громадянина на вільний вибір лікаря, методів лікування і закладу охорони здоров'я.

Всупереч законодавчому принципу про децентралізацію державного управління та розвиток самоврядування закладів охорони здоров'я Програма передбачає зосередження ресурсів та прийняття рішень об'єднання коштів на надання вторинної (спеціалізованої) і швидкої медичної допомоги на обласному рівні.

Чи не найбільш небезпечною видається програмна теза про перенесення суб'єкта надання спеціалізованої медичної допомоги (а саме на цьому рівні - у районних лікарнях та поліклініках - нині отримує медичну допомогу більшість громадян України!) з районного на обласний рівень. Це означає, що багатoproфільні районні лікарні, дільничні лікарні та поліклініки опиняються перед перспективою закриття або перепрофілювання, а їхні пацієнти, у першу чергу сільські мешканці – перед перспективою самотужки долати все більші відстані у доступі до спеціалізованої медичної допомоги.

Втім варто відзначити, що Програма, як політичний документ концептуального характеру, все ж передбачає низку поступових законодавчих та планувальних кроків: внесення змін до Бюджетного кодексу, Закону України «Про засади законодавства про охорону здоров'я» та прийняття Закону України «Про лікувально-профілактичні заклади й медичне обслуговування населення», розроблення й прийняття комплексної програми «Здорова нація» тощо.

Програмою також було передбачено виважений, відповідальний, еволюційний підхід до реформування медичної сфери, зокрема проведення з 2011 р. апробації пропонуваніх змін на 2-ох пілотних регіонах.

Наступними ж законодавчими та адміністративними ініціативами цей підхід було порушено.

7 липня 2011 року Президентом було підписано два закони, що дали старт структурно-організаційній та функціональній перебудові системи медичного обслуговування, але не у 2-ох пілотних регіонах, а відразу у 4-х: «Про порядок проведення реформування системи охорони здоров'я у Вінницькій, Дніпропетровській, Донецькій областях та місті Києві»<sup>12</sup> та «Про внесення змін до Основ законодавства України про охорону здоров'я щодо удосконалення надання медичної допомоги»<sup>13</sup>.

Із вступом у дію положень закону «Про порядок проведення реформування..» почали «створюватися» центри первинної медичної (медико-санітарної) допомоги (ЦПМД), у яких працюватимуть переважно «сімейні лікарі». Насправді «створення» ЦПМД вилилося у процес волюнтаристського вилучення кадрів та матеріальних ресурсів з комунальних багатoproфільних лікарень й поліклінік та підпорядкування новоствореним адміністраціям ЦПМД. Виникла абсолютно нелогічна ситуація, коли наприклад у одному райцентрі одночасно працює два або три «головних лікарі», причому кожен з них - з власним штатом управлінців: головний лікар центральної районної лікарні, головний лікар ЦПМД, начальник відділу охорони здоров'я місцевої держадміністрації, правові стосунки між якими достатньою мірою не врегульовані.

<sup>11</sup> <http://www.moz.gov.ua/ua/portal/votingresults/?vID=091210>

<sup>12</sup> <http://zakon3.rada.gov.ua/laws/show/3612-17>

<sup>13</sup> <http://zakon1.rada.gov.ua/laws/show/3611-17>

Практика щодня доводить неспроможність ефективної діяльності ЦПМД без ресурсної бази багатопрофільних лікарень та поліклінік (лабораторних та апаратних методів діагностики, вузьких спеціалістів, транспорту тощо). Постійне зіткнення різнопрофільних хворих у коридорах одного приміщення, де віднині функціонує кілька установ, породжує масу незручностей і додаткових загроз, особливо у період сезонних епідемій.

Натомість процес створення, кадрового та матеріального забезпечення амбулаторій сімейної медицини на селі, як закладів максимально наближених до пацієнта, навпаки загальмувався. Адже з державного бюджету створення нових амбулаторій сімейної медицини не фінансується. У місцевих бюджетах на ці потреби також немає коштів. Сімейним лікарям законодавець пропонує можливість провадити господарську діяльність з медичної практики, як фізичним особам - підприємцям, що можуть перебувати із закладами охорони здоров'я у цивільно-правових відносинах. До роботи у такому статусі абсолютна більшість лікарів загальної практики поки що виявилася не готовими.

Не можна звернути увагу й на те, що **самі поняття «первинна медична допомога» та «центр первинної медичної (медико-санітарної) допомоги» у відповідності до закону «Про внесення змін до Основ законодавства України про охорону здоров'я...» набирають чинності лише з 1 січня 2015 року.**

Однак процес створення ЦПМД у 2012 році поширився поза межі пілотних регіонів – практично на всю територію України. «Правовим», а насправді волюнтаристським підґрунтям такої практики став Наказ МОЗ від 23.02.2012 року **«Про затвердження Примірнього положення про центр первинної медичної (медико-санітарної) допомоги та примірних положень про його підрозділи»**<sup>14</sup>.

Хоча автор наказу, на той час Віце-прем'єр-міністр України Р.В. Богатирьова, посилається на положення «Програми економічних реформ на 2010 - 2014 роки», якою **передбачалося опробування реформи лише у 2-ох пілотних регіонах, то міністерський наказ адресовано до виконання в усіх без винятку регіонах України:** Міністру охорони здоров'я Автономної Республіки Крим, начальникам управлінь охорони здоров'я усіх без винятку обласних державних адміністрацій, управління охорони здоров'я Севастопольської міської державної адміністрації».

**Таким чином Уряд та МОЗ по суті узурпували право визначати державну політику у сфері охорони здоров'я, формат медичної реформи та у протизаконний спосіб, без урахування досвіду реформуванні у пілотних областях та м. Києві, поширили її на всю країну.**

Реформа триває вже другий рік без належного правового та стратегічного регулювання. Адже необхідні зміни до **Бюджетного кодексу у контексті фінансування комунальних та державних закладів охорони здоров'я, про які йшлося у «Програмі економічних реформ на 2010 - 2014 роки», досі не ухвалено.** Закон **«Про лікувально-профілактичні заклади й медичне обслуговування населення»** не розроблено. Розпорядженням Кабміну від 31 жовтня 2011 р. N 1164 було схвалено лише **Концепцію Загальнодержавної програми "Здоров'я 2020: український вимір"**.<sup>15</sup> Сама програма перебуває нині у стані розроблення<sup>16</sup> - тоді як реформа йде повним ходом в усіх регіонах України.

24 жовтня 2012 р. Кабмін ухвалив Постанову № 1113 **«Про затвердження Порядку створення госпітальних округів у Вінницькій, Дніпропетровській, Донецькій областях та м. Києві».** За цією Постановою госпітальні округи створюватимуться рішеннями Вінницької, Дніпропетровської, Донецької обласних та Київської міської **держадміністрацій.** Тобто вже ближчим часом варто очікувати того, що не рахуючись з позицією органів місцевого самоврядування (обласні, міські та районні ради) та територіальних громад, котрі формально є власниками багатопрофільних обласних, районних та дільничних лікарень, будуть масово скорочуватися, «реорганізовуватися», радикально «оптимізовуватися» об'єкти їхньої спільної власності. Натомість на базі тих, що вціліють «створюватимуться» нові структури, підпорядковані вже органам влади вищого рівня. Це є лише одним з прикладів, коли реформа грубо порушує права місцевого самоврядування.

**Та насамперед реформа порушує права пацієнтів.** Відтепер їм вочевидь доведеться отримувати спеціалізовану медичну допомогу лише в окружних та обласних лікарнях, котрі можуть бути віддалені від них на 100 і більше кілометрів. Більшість районних та дільничних лікарень за таких умов вочевидь буде закрито, радикально «оптимізовано», або перепрофілізовано під заклади іншого

<sup>14</sup> [http://moz.gov.ua/ua/print/dn\\_20120223\\_131.html](http://moz.gov.ua/ua/print/dn_20120223_131.html)

<sup>15</sup> <http://zakon2.rada.gov.ua/laws/show/1164-2011-%D1%80>

<sup>16</sup> [http://moz.gov.ua/ua/portal/Pro\\_20120316\\_1.html#1](http://moz.gov.ua/ua/portal/Pro_20120316_1.html#1)

типу.

**Соціологічні опитування** свідчать про нерозуміння та крайню непопулярність серед громадян «реформи медичного обслуговування». Так, за результатами дослідження Київського міжнародного інституту соціології (2012 р) більшість респондентів в усіх пілотних регіонах оцінили стан надання медичної допомоги як такий, що не змінився, або погіршився. За даними опитування МОЗ, оприлюдненим на офіційному веб-порталі міністерства, на запитання «Як на Вашу думку, вплинуть впроваджувані реформи у галузі охорони здоров'я на якість отримання громадянами медичної допомоги?» 57% респондентів вважає, що вплинуть негативно, і лише 8,7% респондентів – що позитивно<sup>17</sup>.

З огляду на це у Парламенті зареєстровано цілу низку законопроектів та депутатських запитів, що мають за мету певною мірою зменшити негативні наслідки безвідповідального та протизаконного реформування - аж до повного припинення реалізації пілотного проекту реформи медичного обслуговування. Зокрема це: законопроекти депутата І. Стойка, депутата М. Томенка<sup>18</sup>, депутата А. Яценюка із співаторами<sup>19</sup>, депутата О. Ляшка<sup>20</sup>, депутатський запит депутата Ю. Кармазіна<sup>21</sup>.

З 1 січня 2013 року вступив у дію закон «Про екстрену медичну допомогу».<sup>22</sup> Закон, який мав би визначити основні засади організації та функціонування системи екстреної медичної допомоги та передбачити прийнятні часові рамки для його впровадження, насправді відкрив простір для волонтаристських дій МОЗ та держадміністрацій із вилучення відділень швидкої допомоги з структури багатопрофільних міських та районних лікарень та передачі їх з усім штатом та ресурсами у склад обласних центрів екстреної медичної допомоги.

При цьому не враховується той факт, що як уже зазначалося, до функцій відділень швидкої медичної допомоги у багатопрофільних лікарнях вимушено віднесено велику кількість інших, невластивих їй, але також необхідних обов'язків. Замінити їх у більшості випадків поки що немає кому.

Найбільш гостро у даний час відсутність такого підрозділу у складі багатопрофільної лікарні вдарилася по онкологічних хворих, котрі щоденно потребують введення наркотичних анальгетиків – оскільки зазвичай лише багатопрофільна лікарня має ліцензії на поводження з наркотичними засобами та психотропними речовинами, та може забезпечити ресурсомісткі та надміру переобтяжені формальностями умови їхнього зберігання.

У даний час ці препарати, які у великій кількості клінічних випадків є життєво необхідними, повинні зберігатися в окремих приміщеннях, обладнаних згідно з «Вимогами до об'єктів і приміщень, призначених для здійснення діяльності з обігу наркотичних засобів, психотропних речовин, прекурсорів та зберігання вилучених з незаконного обігу таких засобів і речовин», затвердженими наказом МВС від 15.05.2009 N 216 ( [z0759-09](#)).

На практиці це призводить до неприйнятної ситуації, коли **втрачається своєчасна можливість застосувати наркотичні анальгетики та психотропні препарати (часто – у режимі надання невідкладної допомоги) лише через те, що лікувальний заклад неспроможний обладнати у кожному своєму підрозділі окрему кімнату для збереження мізерної кількості цих препаратів - обладнану ґратами, броньованими дверима, бетонними перекриттями, сигналізацією і т. ін.**

Вочевидь абсурдною є ситуація, коли лікувальні заклади та підрозділи, у яких пацієнти часто перебувають у непристосованих та тісних палатах по 5 – 10 осіб, змушені виділяти окреме приміщення та немалі кошти для його облаштування лише для того, аби виконати формальні вимоги наказу МВС про здійснення діяльності з обігу наркотичних засобів та психотропних речовин.

<sup>17</sup> <http://www.moz.gov.ua/ua/portal/votingresults/?vID=20110720>

<sup>18</sup> Проекти Закону України «Про внесення змін до статті 16 Закону України «Основи законодавства України про охорону здоров'я» (щодо реорганізації закладів охорони здоров'я), Реєстр. № 10159 та реєстр. № 1077.

<sup>19</sup> Проект Закону про визнання таким, що втратив чинність, Закону України "Про порядок проведення реформування системи охорони здоров'я у Вінницькій, Дніпропетровській, Донецькій областях та місті Києві" [http://w1.c1.rada.gov.ua/pls/zweb2/webproc4\\_1?pf3511=45924](http://w1.c1.rada.gov.ua/pls/zweb2/webproc4_1?pf3511=45924)

<sup>20</sup> Проект Закону України «Про введення мораторію на ліквідацію та реорганізацію закладів охорони здоров'я»

<sup>21</sup> Запит «Щодо скасування неправомірних рішень Одеської міської ради, які грубо суперечать Конституції України та направлені на незаконне скорочення мережі державних і комунальних закладів охорони здоров'я в м. Одесі»

<sup>22</sup> <http://zakon4.rada.gov.ua/laws/show/5081-17>



## **Висновки:**

1. «Реформа медичного обслуговування» не базується на основних принципах охорони здоров'я та на визнанні права кожної людини на найвищий досяжний рівень здоров'я, проголошених у Статуті ВООЗ, Конституції України, «Основах законодавства України про охорону здоров'я».

2. Реформа впродовж 2011 – 12 років реалізується без належного правового та стратегічного регулювання: сама її стратегія досі не розроблена.

3. Реформа не усуває проявів соціальної несправедливості у доступі до медичної допомоги і витратах на неї, зокрема пов'язаних із існуванням в Україні мережі урядових та відомчих лікувально-профілактичних закладів.

4. Кабінет міністрів України та МОЗ у реалізації реформи перевищили власні повноваження: не врахувавши досвіду реформування у пілотних регіонах, всупереч президентській «Програмі економічних реформ на 2010 - 2014 роки» поширили реформу з пілотних регіонів на всю країну, порушивши законодавчо встановленні терміни реформування медичної сфери.

5. Практика вольового створення ЦПМД демонструє велику кількість організаційних прорахунків, порушує права лікарів, яких примушують змінювати обрану ще при вступі до медичного закладу спеціальність, створює додаткові перешкоди у доступі пацієнтів до медичної допомоги.

6. Графік реалізації реформ переносить на невизначений по суті термін конкретні кроки із впровадження в Україні загальнообов'язкового медичного страхування

7. Реформа необґрунтовано віддаляє рівень надання спеціалізованої медичної допомоги від пацієнта та загрожує порушенням конституційної норми про неприпустимість скорочення існуючої мережі державних і комунальних закладів охорони здоров'я. Найбільш негативні наслідки такі кроки матимуть для мешканців села, літніх людей, незаможних верств населення.

8. Засоби впровадження реформи порушують права територіальних громад та органів місцевого самоврядування у сфері управління їхнім спільним майном.

9. Відтак реформа у її нинішньому виконанні реально загрожує реалізації права кожного громадянина України на охорону здоров'я.