

# Права пацієнтів та симулякри в охороні здоров'я, або Про опонентів медичної реформи

*Проаналізовано нормативно правову базу України відносно забезпечення права на охорону здоров'я, що носить декларативний характер, а також стосовно реформування сфери охорони здоров'я. Розглянуто судову практику з цієї тематики та основні зауваження опонентів медичної реформи і досвід розвинутих країн. Встановлені теоретичні підстави правового забезпечення легітиматії діяльності в медичній сфері, у тому числі з метою захисту прав пацієнтів. Обґрунтовано необхідність юридичної регламентації відносин у цій сфері. На підставі судової практики виявлені основні порушення, що носять системний характер та спровоковані існуючою системою охорони в цілому. Зроблено висновок про обов'язковість впровадження змін у самій системі охорони здоров'я України.*

## Постановка проблеми

Симулякри в охороні здоров'я — явище достатньо універсальне та поширене. І не лише завдяки декларативним вимогам ст. 49 Основного Закону України, а, скоріше, завдяки тлумаченням Конституційного Суду України. Наприклад, відповідно до Рішення Конституційного Суду України від 29.05.2002 р., справа № 1-13/2002: «Положення ч. 3 ст. 49 Конституції України — у державних і комунальних закладах охорони здоров'я медична допомога надається безоплатно» потрібно 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 подальшого їх розрахунку за надання цієї допомоги. Однак зрозуміло, як підкреслюють фахівці, що зазначене тлумачення не зовсім відповідає світовій практиці і в Україні не реалізоване [1]. Фактично зазначене тлумачення і є популістською materia prima системи охорони здоров'я в цілому, які зводять нанівець будь-які можливості конструктивних змін у цій сфері. Можливо, саме тому навіть за наявності конституційної більшості в різні часи існування Верховної Ради України не ставилося питання внесення змін або доповнень до цієї статті Конституції України. Тому що проблема не так в декларативності ст. 49, скільки в її тлумаченнях.

Хоча вітчизняні науковці й зазначають, що «окремі приклади можуть свідчити про норми, приписи, що мають ознаки симулякрів, оскільки «маскують та денатуралізують» фактичні відносини в суспільстві, що складаються та утверджуються всупереч цим нормам або не нормативним приписам. По-перше, можна припустити наявність норм права, що мають ознаки симулякра, у нормативних актах різного рівня — від конституційних до підзаконних. Серед таких норм можна відзначити деякі конституційні норми, що залишаються декларативними, наприклад: «У державних і комунальних закладах охорони здоров'я медична допомога надається безкоштовно; існуюча мережа таких закладів не може бути скорочена» (с. 49 ч. 3 Конституції України). Наявність такої конституційної норми не заважає чиновникам Міністерства охорони здоров'я (МОЗ) України, обґрунтовуючи реформу медицини, заявляти, що в Україні безоплатної медицини фактично не залишилося. Норма про безоплатну медичну допомогу фактично маскує відсутність джевої медичної допомоги в державних закладах охорони здоров'я через відсутність достатнього для такої допомоги медикаментозного та апаратного забезпечення. По суті порушення цієї конституційної норми є поточна реформа медичного обслуговування (таке твердження не є критикою цієї реформи), що встановлює обмеження на види безоплатної медичної допомоги, мотивуючи це, зокрема, і фактичною відсутністю (умовністю) безоплатної медицини. Тобто сама норма не тільки вже не відображає реальності (не має референта), а й фактично стає таким чинником, який дозволяє відходити від цієї норми у правовому житті. Існування норми права фактично стає самотійним, без відображення відповідних правових відносин (через



їх спотворення чи зникнення), крім того, вона використовується для формування інших відносин усупереч цій нормі (оплатних послуг у державних закладах охорони здоров'я)» [2]. Проте, на нашу думку, проблема все ж таки у відповідному тлумаченні Конституційного Суду України. Саме це тлумачення і робить ст. 49 Основного Закону України симулякром.

Зазначимо, що фактично всі президенти України та прем'єр-міністри у своїх промовах щодо охорони здоров'я починали з обурення відносно низької заробітної плати медичних працівників та погрожували запровадити медичне страхування (нібито це може бути передумовою підвищення заробітної плати для медичних працівників). У подальшому, у кращому разі, просто не втручалися в діяльність МОЗ України або просто включали питання щодо використання бюджетних коштів на охорону здоров'я в коло інтересів своєї «сім'ї» або бізнес-партнерів. А про пацієнтів ніхто ніколи не згадував. Хоча час від часу з'являвся вирок того чи іншого суду щодо звичайного лікаря або провізора (фармацевта). До речі, за формальними ознаками зазвичай не безпідставно. При цьому поза увагою суду залишалися справи відносно топ-чиновників МОЗ України. Поки що мова не йде про керівний склад МОЗ України нинішньої каденції, там, скоріше, проблеми комунікації та, можливо, кваліфікації окремих осіб.

Наприклад, суди можуть притягнути до кримінальної відповідальності звичайного медичного чи фармацевтичного працівника з винесенням вироку з реальним позбавленням волі та залишити без розгляду злочин, здійснений високопосадовцем від МОЗ України в інтересах «сім'ї». Наприклад, відповідно до ухвали Апеляційного суду м. Київ (справа від 20.10.2010 р. № 10-71 про направлення матеріалів на новий судовий розгляд), перший заступник міністра охорони здоров'я, виходячи за межі наданих йому прав і повноважень, за відсутності в Україні епідемічного захворювання на кір, склав і підписав одноразовий дозвіл на ввезення на митну територію України вакцини проти кору

і краснухи виробництва «Serym Institute of India Ltd» без державної реєстрації загальною кількістю 9 млн доз, яку 11.04.2008 р. було ввезено на митну територію України та в подальшому розповсюджено в санітарно-епідеміологічні та медичні заклади для використання. У результаті таких дій було госпіталізовано 69 осіб у зв'язку з поствакцинальними ускладненнями й погіршенням стану здоров'я [3]. Зрозуміло, що такий випадок, хоча і не отримав логічного карного завершення, проте довіри до медичної спільноти не додав [4].

### Аналіз останніх джерел і публікацій

Теоретичні проблеми правового регулювання діяльності у сфері охорони здоров'я, а також обґрунтованості проведення реформ досліджували такі правознавці, зокрема: Н.О. Гуторова, Р.А. Майданик, І.Я. Сенюта, З.С. Гладун, Є.А. Греков, А.О. Гаркуша тощо. Однак особливості сучасної медичної реформи з правової точки зору залишилися без належної уваги науковців, у тому числі фахівців з медичного права.

### Формулювання цілей

Мета роботи — дослідження стану проведення сучасної медичної реформи та аналіз змін у системі охорони здоров'я шляхом аналізу діючого законодавства України в цій сфері та практики його застосування.

У дослідженні використовувалися наукові публікації провідних фахівців у сфері медичного права, чинне українське законодавство, проекти нормативно-правових актів, акти вторинного права Європейського Союзу (ЄС) та судова практика. Дослідження ґрунтується на органічному поєднанні загальнонаукових та спеціально-юридичних методів дослідження.

### Виклад основного матеріалу

І хоча Україна перебуває у стані перманентних реформ, все ж таки лише після 2016 р. відбулися реальні значні зміни в системі охорони здоров'я. Хтось називає ці зміни реформою, а дехто — трансформацією тощо. Головне, що таких потрясінь медична спільнота раніше не відчувала.

Першим кроком стало схвалення Кабінетом Міністрів України Концепції реформи фінансування системи охорони здоров'я від 30.11.2016 р. На перший погляд нічого незвичайного не відбулося. Більшість сприйняли цей документ як звичайну чергову декларацію нового Уряду, що традиційно носить декларативний характер. Однак деякі новели цієї Концепції хоча і були загальновідомими, проте не було прийнято викладати в документі такого рівня. Унікальність української системи охорони здоров'я, що відрізняє її чи не від усіх інших країн сучасного світу, полягає в тому (як зазначено в документі), що Конституція України формально передбачає безмежні гарантії забезпечення всіх громадян безоплатною медичною допомогою у державних та комунальних закладах охорони здоров'я.

Так, у загальній частині документа зазначалося, що на сьогодні в Україні досі діє успадкована від колишнього СРСР командно-адміністративна модель охорони здоров'я. Заклади охорони здоров'я є бюджетними установами і перебувають у власності держави або територіальних громад. Кошториси доходів і витрат цих закладів охорони здоров'я затверджуються тими ж органами влади, у власності яких вони перебувають, у результаті чого органи влади отримують стимул діяти в інтересах відповідних закладів, а не в інтересах конкретного пацієнта. Фінансування зазначених закладів здійснюється за жорстким постатейним кошторисом на основі застарілих інфраструктурних нормативів. Це позбавляє керівників закладів охорони здоров'я управлінської гнучкості та не сприяє мотивації до покращення результату. І було визнано, що єдиним способом забезпечити якісний медичний захист без фінансового стресу для громадян є перехід до фінансування медицини за страховим принципом. Цей підхід дозволяє розподілити ризики хвороби та витрати на лікування між великою кількістю застрахованих осіб, заздалегідь збираючи кошти з великого пулу людей і спрямовуючи зібрані кошти на виплати за страховим випадком у разі хвороби чи іншого розладу здоров'я. Як наслідок було запропоновано модель державного солідарного медичного страхування. Кінцевим завданням реформи задекларовано забезпечення закупівель гарантованого пакету медичної допомоги через єдиного національного замовника.

Тобто єдиний ефективний шлях для забезпечення доступної та якісної медичної допомоги, який надійно захищає тих, хто захворів, та їх близьких від фінансового стресу, — це перехід до фінансування медицини за страховим принципом, тобто за принципом, який передбачає чіткі правила передоплати за конкретно одержану в разі настання хвороби необхідну медичну допомогу.

На жаль, при остаточному вирішенні питання щодо змін у системі охорони здоров'я України більшість задекларованих побажань так і залишилися декларативними, зокрема щодо солідарного медичного страхування.

Відповідно до прийнятого 19.10.2017 р. Законом України «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення», було введено поняття «Програма державних гарантій медичного обслуговування населення (програма медичних гарантій)», «Надавачі медичних послуг», «Електронна система охорони здоров'я», «Реімбурсація». І саме програма державних гарантій медичного обслуговування населення (програма медичних гарантій) — програма, що визначає перелік та обсяг медичних послуг (включаючи медичні вироби) та лікарських засобів, повну оплату надання яких пацієнтам держава гарантує за рахунок коштів Державного бюджету України згідно з тарифом, для профілактики, діагностики, лікування та реабілітації у зв'язку із хворобами, травмами, отруєннями і патологічними станами, а також у зв'язку з вагітністю та пологами і є тією самою реальною гарантією, що конкретизує обсяг медичних послуг, гарантованих державою. Далі, було б логічним отримати відповідне тлумачення від Конституційного Суду України.

Програма медичних гарантій, за якою держава гарантує громадянам, іноземцям, особам без громадянства, які постійно проживають на території України, та особам, яких визнано біженцями або особами, які потребують додаткового захисту, повну оплату за рахунок коштів Державного бюджету України необхідних їм медичних послуг та лікарських засобів, пов'язаних із наданням екстреної медичної допомоги; первинної медичної допомоги; вторинної (спеціалізованої) медичної допомоги; третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги; паліативної медичної допомоги; медичної реабілітації; медичної допомоги дітям віком до 16 років; медичної допомоги у зв'язку з вагітністю та пологами.

На виконання розпорядження Кабінету Міністрів України (КМУ) від 15.11.2017 р. № 821-р «Про затвердження плану заходів з реалізації Концепції реформи фінансування системи охорони здоров'я на період до 2020 року» постановою КМУ було затверджено Положення про Національну службу здоров'я України (НСЗУ) — центрального органу виконавчої влади, діяльність якого спрямовується і координується КМУ через міністра охорони здоров'я. Основні завдання НСЗУ — реалізація державної політики у сфері державних фінансових гарантій медичного обслуговування населення за програмою державних гарантій медичного обслуговування населення (програма медичних гарантій); виконання функцій замовника медичних послуг та лікарських засобів за програмою медичних гарантій; внесення на розгляд міністра охорони здоров'я пропозицій щодо забезпечення формування державної політики у сфері державних фінансових гарантій медичного обслуговування населення.

Таким чином, саме на НСЗУ покладено розроблення проекту програми медичних гарантій, тарифів і коригувальних коефіцієнтів, а також забезпечення цільового та ефективного використання коштів за програмою медичних гарантій, у тому числі здійснення перевірки дотримання надавачами медичних послуг вимог, установлених порядком використання коштів програми медичних гарантій і договорами про медичне обслуговування населення.

НСЗУ укладає, змінює та припиняє договори про медичне обслуговування населення та договори про реімбурсацію, а також здійснює відшкодування вартості лікарських засобів за договорами про медичне обслуговування населення та про реімбурсацію за програмою медичних гарантій.

Зрозуміло, що частина гарантій так і залишається декларативними. Однак станом на сьогодні окремі вимоги вищенаведеної Концепції та закону органи влади продовжують реалізовувати.

Наприклад, надання первинної медичної допомоги відбувається відповідно до Порядку надання первинної медичної допомоги, затвердженого наказом МОЗ України 19.03.2018 р. № 504.

Первинна медична допомога має бути доступною (мінімум витрат часу для її отримання) та надаватись у спосіб, що враховує індивідуальні потреби особи, якій надається послуга, у тому числі з урахуванням права пацієнта на вільний вибір лікаря.

Невід'ємною частиною цього Порядку є Перелік медичних послуг з надання первинної медичної допомоги, Перелік медичних втручань у межах первинної медичної допомоги для груп пацієнтів із підвищеним ризиком розвитку захворювань та Перелік лабораторних та інструментальних діагностичних досліджень, що здійснюються в межах медичних послуг з надання первинної медичної допомоги.

Тобто документ передбачає, що терапевти, педіатри та сімейні лікарі спостерігатимуть за здоров'ям пацієнта (чи станом здоров'я дитини), встановлюватимуть діагнози та лікуватимуть у разі найпоширеніших хвороб, травм, отруєнь, патологічних, фізіологічних (у період вагітності) станів. Так само терапевти, педіатри та сімейні лікарі вестимуть пацієнтів із хронічними захворюваннями та станами. За потреби лікар дасть направлення до фахівця вторинної чи третинної допомоги — ЛОРа, ендокринолога, хірурга тощо — чи буде консультуватися з ним щодо лікування.

Згідно з роз'ясненням, викладеним на сайті урядового порталу, лікар (терапевт, педіатр чи сімейний лікар) самостійно може прийняти рішення щодо виїзду до пацієнтів за необхідності, а не пацієнт чи працівники реєстратури. Пацієнт може подзвонити і записатися на прийом до лікаря або обґрунтувати потребу і викликати лікаря до себе додому, залишивши при цьому свої контактні дані. Лікар матиме можливість передзвонити пацієнту і обговорити з ним його проблему, а також домовитися про час такого візиту. Раніше пацієнт самостійно здійснював оцінку свого стану або стану своєї дитини і приймав рішення дочекатися лікаря вдома. Вважається, що лікар на підставі інформації від пацієнта здійснюватиме оцінку ситуації та пропонуватиме пацієнту більш виажене рішення [5].

Реформування спеціалізованої та високоспеціалізованої (вторинної та третинної) медичної допомоги відбуватиметься у 2019–2020 рр.

Відповідно до постанови КМУ від 27.02.2019 р. № 131 «Деякі питання здійснення пілотного проекту з реалізації державних гарантій медичного обслуговування населення за програмою медичних гарантій для вторинної (спеціалізованої) медичної допомоги у Полтавській області», з квітня 2019 р. у Полтаві започаткований пілотний проект за другим етапом реформи, що стосується спеціалізованої (вторинної) допомоги. Департамент охорони здоров'я Полтавської облдержадміністрації разом з НСЗУ відпрацьовує новий механізм надання послуг лікарями спеціалізованої допомоги і спосіб оплати за ці послуги. На даному етапі в разі лікування за направленням лікаря первинної медичної допомоги медичні послуги в межах гарантованих державою в особі НСЗУ надаються за рахунок держави. Вторинна (спеціалізована) медична допомога надається відповідно до медичних показань за направленням лікуючого лікаря з надання первинної медичної допомоги або лікуючого лікаря закладу охорони здоров'я, що забезпечує надання вторинної (спеціалізованої) чи третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги. Крім того, більша частина діагностичних обстежень, приміром, таких як ультразвукове дослідження, рентген, ехокардіографія тощо, здійснюються в межах державних гарантій. Тобто вторинна (спеціалізована) медична допомога надається безоплатно в закладах охорони здоров'я, що забезпечують надання такої допомоги, з якими головний розпорядник бюджетних коштів уклав договір про медичне обслуговування населення. Зазначимо, що відповідно до Порядку здійснення пілотного проекту з реалізації державних гарантій медичного обслуговування населення за програмою медичних гарантій для вторинної (спеціалізованої) медичної допомоги у Полтавській області, затверджених цією ж постановою КМУ: «У разі коли медичні послуги, крім послуг, визначених у пункті 5 цього Порядку, повністю або частково оплачуються за рахунок страхових виплат або коштів фізичних та юридичних осіб, не зареєстрованих законодавством, такі послуги оплачуються НСЗУ в частині, не покритій відповідними платежами. У такому разі учасник пілотного проекту зобов'язаний подати НСЗУ разом із звітом про медичні послуги інформацію щодо джерел та сум

оплати наданих пацієнтам медичних послуг, а також розрахунок частини вартості послуг, яка підлягає оплаті за договором з НСЗУ».

Згідно з інформацією НСЗУ, за програмою медичних гарантій та пілотного проекту фінансування спеціалізованої медичної допомоги в Полтавській області у II кварталі 2019 р. 56 медичних закладів на Полтавщині отримали фінансування за глобальним бюджетом — це ті кошти, які лікарні отримали від НСЗУ в будь-якому випадку.

Із 56 лікарень, які профінансувало НСЗУ, 45 медичних закладів здійснили лікування пацієнтів за діагностично-спорідненими групами і також отримали за це кошти.

За квітень і травень у глобальний бюджетом 56 лікарень Полтавщини отримали 142 млн 903 тис. 885 грн. З них 45 медичних закладів отримали 72 млн 222 тис. 351 грн. за надане лікування за діагностично-спорідненими групами.

Усього пролікованих випадків — 45 474.

Найбільше коштів у рамках пілотного проекту за глобальним бюджетом отримала Полтавська обласна клінічна лікарня імені М.В. Скліфосовського — 16 млн 939 тис. 111 грн., на другому місці — Дитяча міська клінічна лікарня, яка отримала — 5 млн 741 тис. 556 грн., на третьому — Лубенська лікарня інтенсивного лікування — 5 млн 657 тис. 111 грн.

За проліковані випадки за діагностично-спорідненими групами найбільше коштів отримала Полтавська обласна клінічна лікарня імені М.В. Скліфосовського — 12 млн 569 тис. 02 грн., далі — Лубенська лікарня інтенсивного лікування — 3 млн 200 тис. 865 грн. та Дитяча міська клінічна лікарня — 2 млн 931 тис. 826 грн. [6].

Вторинна (спеціалізована) медична допомога — медична допомога, що надається в амбулаторних або стаціонарних умовах лікарями відповідної спеціалізації у плановому порядку або в екстрених випадках і передбачає надання консультації, проведення діагностики, лікування, реабілітації та профілактики хвороб, травм, отруєнь, патологічних і фізіологічних (у період вагітності та пологів) станів; направлення пацієнта відповідно до медичних показань для надання вторинної (спеціалізованої) медичної допомоги з іншої спеціалізації або третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги.

Без направлення вторинна (спеціалізована) медична допомога відповідно до медичних показань надається безоплатно закладами охорони здоров'я, з якими укладено договори про медичне обслуговування населення, пацієнтам, які звернулися до акушера-гінеколога, стоматолога, педіатра, та особам із хронічними захворюваннями, які перебувають на диспансерному обліку в цьому закладі охорони здоров'я, та пацієнтам, які перебувають у невідкладному стані.

Вторинна (спеціалізована) медична допомога надається безоплатно в закладах охорони здоров'я, що забезпечують надання такої допомоги, з якими головний розпорядник бюджетних коштів уклав договір про медичне обслуговування населення.

Теоретично кожен, хто потребує вторинної (спеціалізованої) допомоги, має право отримати направлення на лікування до багатопрофільної лікарні інтенсивного лікування, яка знаходиться в межах госпітального округу за місцем проживання пацієнта.

Загалом Всесвітня організація охорони здоров'я наголошує, що для того щоб окреме співтовариство чи країна забезпечили загальний доступ до медичних послуг, необхідна наявність ряду таких факторів, як належне фінансування медичних послуг, доступ до основних лікарських засобів і достатній потенціал добре підготовлених працівників охорони здоров'я [7]. Але цей перелік не виключний. Суттєвий вплив на доступність медичних послуг мають також інші фактори. Наприклад, мова може йти і про правовий режим інтелектуальної власності, що суттєво впливає на доступність ліків для пацієнтів [8], оподаткування медичних виробів [9], керівні принципи щодо класифікації програмного забезпечення медичного обладнання в Україні [10, 11], обіг фальсифікованих лікарських засобів [12], недоброросівську рекламу фармацевтичної продукції [13], право пацієнтів на профілактику захворювань [14], питання реабілітації пацієнтів [15]. При цьому в науковій літературі багато уваги приділяється декларативним правам пацієнтів [16].

Тобто доступність медичних послуг повинна забезпечуватися комплексом правових та організаційних заходів.



Проте продовжують лунати заклики представників медичної спільноти бойкотувати зміни в організації охорони здоров'я і ці заклики не завжди знаходять розуміння у більшості громадян (пацієнтів).

Більшість опонентів запровадження реформування охорони здоров'я у представленому вигляді, особливо серед медичних працівників, раптом згадали про права пацієнтів на безоплатну медичну допомогу, що задекларована у ст. 49 Конституції України. Але, як свідчать результати опитування, що були оприлюднені під час медико-правового форуму, який відбувся в Полтавському юридичному інституті Національного юридичного університету імені Ярослава Мудрого: «Результати дослідження «(Без)коштовна медицина», проведеного в рамках проекту USAID, показали, що 97% респондентів відповіли ствердно на питання «Чи платили Ви за препарати під час амбулаторного чи стаціонарного лікування?». 48,8% опитуваних змушені були відмовитися від лікування через неплатоспроможність, 50,4% відклали лікування через фінансові обмеження, 68,7% респондентів займалися самолікуванням, не звертаючись до лікаря, через відсутність коштів» [17].

Більше всього, у питанні згортання реформ вирізняється своєю організаційною так званою Українська медична експертна спільнота, ініціаторами створення якої є переважно організатори медичної та фармацевтичної справи, що в різні часи працювали на керівних посадах в центральних органах виконавчої влади, які формують та/чи реалізують державну політику у сфері охорони здоров'я [18].

На відміну від інших опонентів представники зазначеної «експертної спільноти» не просто висловлюють негатив до проведених змін в охороні здоров'я, а пропонують нібито альтернативні шляхи вирішення проблем, на кшталт тих, що вони готували, ще перебуваючи на своїх колишніх посадах. Судячи з виступів, ними підтримуються такі законопроекти, як № 7065 «Про організацію медичного обслуговування населення в Україні» та № 2162-д «Про лікарські засоби» тощо.

Так, законопроект № 7065 «Про організацію медичного обслуговування населення в Україні» сам по собі не несе ніякого додаткового правового навантаження щодо можливого поліпшення організації здійснення медичної діяльності. Фактично мова взагалі не йде про суттєві зміни. Законопроект № 2162-д «Про лікарські засоби», хоча і задекларований як такий, що відповідає директивам ЄС, проте містить низку таких, так званих українських особливостей, що зводять нанівець усі намагання відповідати нормам ЄС, зокрема Директиві № 2001/83/ЄС Європейського Парламенту та Ради «Кодекс Співтовариства відносно лікарських засобів (для застосування людиною)». У цьому контексті більш вдалим є все ж таки законопроект № 4465 «Про особливості імплементації окремих положень законодавства Європейського Союзу щодо обігу лікарських засобів», що повністю відповідає актам вторинного права ЄС: 1) Директиві № 2001/83/ЄС Європейського Парламенту та Ради «Кодекс Співтовариства відносно лікарських засобів (для застосування людиною)»; 2) Директиві № 2004/23/ЄС Європейського Парламенту та Ради «Про встановлення стандартів якості та безпеки для донорства, отримання, перевірки, обробки, консервації, зберігання та розповсюдження тканин і клітин людини»; 3) Директиві № 2003/94/ЄС Європейського Парламенту та Ради «Про встановлення принципів і настанов належної виробничої практики щодо лікарських засобів для застосування людиною та досліджуваних лікарських засобів для застосування людиною»; 4) Постанові (ЄС) № 1394/2007 Європейського Парламенту та Ради «Про лікарські засоби прогресивної терапії, що вносить зміни до Директиви 2001/83/ЄС і до Постанови (ЄС) № 726/2004»; 5) Постанові (ЄС) № 141/2000 Європейського Парламенту та Ради «Про орфанні лікарські засоби»; 6) Постанові (ЄС) № 1901/2006 Європейського Парламенту та Ради «Про лікарські засоби для педіатричного застосування та що вносить зміни у Постанову (ЄС) № 1768/92, Директиву 2001/20/ЄС, Директиву 2001/83/ЄС та Постанову (ЄС) № 726/2004»; 7) Постанові (ЄС) № 726/2004 Європейського Парламенту та Ради «Про встановлення процедур Спільноти для отримання торгової ліцензії та нагляду за обігом лікарських засобів, призначених для людей і застосування у ветеринарії, а також створення Європейського агентства з лікарських засобів».

На жаль, опоненти конкретних пропозицій щодо поліпшення стану охорони здоров'я не вносять, а ті документи, що пропонуються для обговорення, лише пропонують запровадити терміново державне медичне страхування та підвищити заробітну плату медичним працівникам. Ніхто не заперечує проти цих пропозицій, але для цього необхідна ретельна підготовка. Більше того, якщо проаналізувати Програму економічних реформ України на 2010–2014 роки від 02.06.2010 р., то можна побачити, що в ній також було прийнято рішення щодо впровадження обов'язкового соціального медичного страхування. І риторика документа тих часів та нинішніх опонентів загалом не змінилася. Проблеми, які вбачали автори Програми, по-перше, — рівень передчасної смертності втричі перевищує аналогічний у країнах ЄС, рівень смертності від туберкульозу — у 20 разів вищий; по-друге, нерівний доступ до послуг охорони здоров'я. Бідні верстви населення страждають внаслідок відсутності можливості одержання необхідної медичної допомоги. Відомча медицина (з обмеженим доступом) ускладнює досягнення мети рівного доступу. Існують диспропорції стосовно доступу до медичних послуг на рівні міських і сільських територій. Високим є тягар особистих витрат населення на послуги охорони здоров'я. Згідно з даними офіційної статистики, витрати населення перевищують третину від загального обсягу фінансування галузі (40% у 2008 р.) і здійснюються безпосередньо під час одержання медичних послуг.

Причинами виникнення зазначених проблем, на думку авторів Програми, були: 1) відсутність зв'язку між якістю отриманих медичних послуг і видатками на її фінансування, а також відсутність мотивації медичних кадрів до якісної праці; 2) низький рівень профілактики й частки первинної медико-санітарної допомоги у структурі медичних послуг; 3) неефективне використання бюджетних коштів, виділених на охорону здоров'я. 86% бюджетних коштів, що виділяються на охорону здоров'я, йшло на утримання медичних закладів та оплату праці лікарів; 4) дублювання медичних послуг на різних рівнях надання медичної допомоги, відсутність механізму управління потоками пацієнтів на різних рівнях надання медичних послуг; 5) низька самостійність медичних закладів при використанні фінансових ресурсів.

Виникає запитання до опонентів змін в охороні здоров'я: «Ви що — бажаєте збереження цих проблем?».

Іноді виникає питання: Чому, незважаючи на успішне запровадження пілотного проекту ЄС «Фінансування та управління у сфері охорони здоров'я в Україні» ще в далекому 2005 р., щодо зміни господарсько-правового статусу центральних районних лікарень (перетворення їх з бюджетних установ на комунальні комерційні підприємства, які перебувають у спільній комунальній власності територіальних громад відповідних районів), це нововведення так і не було запроваджено. Цей проект передбачав і зміни порядку фінансування цих медичних закладів, що полягав у переході від традиційної для України практики їх утримання за рахунок бюджетних коштів у рамках жорсткого постатейного кошторису до укладення договорів про державну закупівлю медичних послуг, що входять до складу «мінімального пакета», безоплатне надання якого має гарантувати громадянам система медичного обслуговування на цьому організаційному рівні?

Крім того, цей проект передбачав: 1) розроблення стратегічного плану запровадження загальнообов'язкового державного соціального медичного страхування в Україні; 2) автономізацію постачальників та запровадження контрактних закупівель медичних послуг в Україні; 3) вдосконалення механізму розподілу бюджетних ресурсів у системі охорони здоров'я України; 4) розмежування замовника і постачальника та укладання контрактів на закупівлю медичних послуг; 5) удосконалення первинної медичної допомоги та запровадження оплати з розрахунку на душу населення; 6) автономізацію та закупівлю медичних послуг тощо.

**Проаналізуємо на прикладі звичайної кримінальної справи**, що хочуть зберегти нинішні опоненти, а саме звичайний вирок від 11.10.2013 р. Жовтневого районного суду м. Дніпропетровська, категорія справи № 201/5707/13-к [19].

Обвинувачений, маючи вищу медичну освіту за спеціальністю «Хірургія» із вищою кваліфікаційною категорією, згідно з наказом начальника Комунального закладу (КЗ) «Обласний госпіталь для інвалідів Великої Вітчизняної війни (ВВВ)», працював на посаді

завідувача хірургічного відділення зазначеного комунального закладу.

26.08.2011 р. о 08:15 до КЗ «Обласний госпіталь для інвалідів ВВВ» у плановому порядку через деформуючий остеоартроз колінних суглобів була госпіталізована пацієнтка, яка при госпіталізації скаржилася на біль у лівому колінному суглобі, порушенні функції ходьби, наявності грижової опуклості на передній порожнині. Після обстеження пацієнта лікарем-хірургом цього закладу встановлено діагноз: «післяопераційна вентральна грижа, деформуючий остеоартроз лівого колінного суглоба, дифузний кардіосклероз» із супутньою патологією. 01.09.2011 р. обвинувачений на підставі вищезазначеного діагнозу призначив потерпілій проведення оперативного втручання — герніолапаротомія, інтестіноліз алопластиком за методом Сапезжа сітчастим протезом, не обґрунтовуючи при цьому життєвої необхідності оперативного втручання за відсутності обґрунтованих показань до проведення операції у пацієнта похилого віку. Внаслідок медичного втручання у пацієнтки виникла серцево-судинна та легенева недостатність, що спричинило смерть останньої.

Син потерпілої зазначив, що у його матері дійсно була виявлена ще до госпіталізації грижа, однак хірурги, які її консультували, попереджали про недоцільність проведення операції з приводу цієї грижі. Потім у серпні 2011 р. за направленням вона поступила до Обласного госпіталю для інвалідів ВВВ з приводу болю у колінних суглобах. Надалі за наполяганням лікаря син дав згоду зробити матері операцію з видалення грижі.

Начальник Обласного госпіталю для інвалідів ВВВ пояснив, що за результатами перевірки цього закладу комісією Обласного управління охорони здоров'я зроблено висновки та зауваження з приводу низького рівня оперативної активності в хірургічному відділенні, а також застосування при проведенні операції застарілих методик, у тому числі щодо оперування гриж, у зв'язку з чим у 2011 р. на спільній нараді вирішувалося питання стосовно зміни профілю хірургічного відділення з направленням хворих, які потребували оперативного втручання до Лікарні імені Мечникова. Однак з метою підвищення оперативної активності свого відділення обвинувачений почав пошук пацієнтів для проведення операції, що призвело до того, що хвора, госпіталізована в лікарню з діагнозом хвороби колінних суглобів, була прооперована з приводу грижі, з якою хвора жила тривалий час та не мала скарг чи звернень. Більше того, обвинувачений лікар прооперував хвору без згоди госпіталю, внаслідок чого в результаті проведення запланованого оперативного втручання за натяжним методом виникло здавлення внутрішніх органів, що спричинило в подальшому порушення у потерпілої функції нирок, а також серцево-судинної системи, від чого потерпіла померла. Крім того, коли після операції стан здоров'я пацієнтки почав погіршуватися, завідувачем хірургічного відділення не був скликаний консилиум лікарів, а фактично відбувалося приховування дійсного стану хворої, оскільки останню можна було направити в реанімаційне відділення Лікарні імені Мечникова, яке знаходиться на одній території з госпіталем.

Тобто завідувач хірургічного відділення з метою підвищення оперативної активності свого відділення, недопущення зміни його профілю і внаслідок чого — втрати своєї посади здійснював пошук хворих для проведення операцій.

У мене виникає запитання: «Чи потрібні в Україні лікарі з такою мотивацією роботи?».

Зрозуміло, що при існуючому фінансуванні ліжко-місць це звичайний факт, про який знають усі лікарі, але до цього так звикли, що не звертають уваги.

**Інший вирок із кримінальної справи** від 24.04.2019 р. [20].

З метою надання медичної допомоги хворому лікар-травматолог Стрийської центральної районної лікарні прийняв рішення провести вправлення вивиху плеча за Кохером із застосуванням місцевої анестезії, використовуючи при цьому препарат Лонгокаїн (бупівакаїну гідрохлорид). Під час накладення іммобілізаційної гіпсової пов'язки хворому стало погано, а саме виникла затримка дихання. Пацієнта доставили в реанімацію, після цього лікар повідомив дружину хворого, що в її чоловіка раптово зупинка серця, клінічна смерть і до свідомості він не приходить, а тому необхідно чекати. Через деякий час лікар сказав: «Будемо заводити історію хвороби». Дружина пацієнта просила викликати

спеціалістів зі Львова, але їй винесли список ліків, які вона придбала. Так тривало 14 днів, щодня вона купувала ліки. Ставлення в лікарні до дружини пацієнта було поганим. На 14-й день її чоловік помер у лікарні з невідомих причин.

Згідно з результатами клініко-експертної оцінки надання медичної допомоги встановлено, що надання медичної допомоги не відповідає локальному протоколу (маршруту) вторинної стаціонарної та екстреної медичної допомоги не введено епінефрин (адреналін) як першу лінії лікування при анафілаксії. Не проведено рентгенографії ураженого плечового суглоба перед маніпуляцією вправлення вивиху; не проведено електрокардіографії, не відібрано біологічного матеріалу для дослідження; реанімаційні заходи не проводилися в місці виникнення невідкладного стану (у травматологічному відділенні), а розпочаті після транспортування хворого у відділення реанімації; не встановлено внутрішньовених катетерів до початку ін'єкції Лонгокаїну (бупівакаїну гідрохлориду).

Але мене особисто вразило інше, на що вже давно в Україні не звертають уваги. Це показання дружини потерпілого, в яких вона зазначала: «...їй винесли список ліків, які вона придбала. Так тривало 14 днів, щодня вона купувала ліки».

Мене дивує, як лікарі можуть застосовувати ліки невідомого походження, які зберігаються пацієнтами самостійно у невідомих умовах. На жаль, для нас це звичайна практика. Про дотримання яких клінічних протоколів може йти мова?

Мені здається, що в жодній країні світу, можливо, крім Сомалі, лікарі не лікуватимуть пацієнта ліками, які він невідомо де придбав і незрозуміло як зберігав.

Внаслідок подій у Криму ми маємо можливість бути більш ознайомленими із системою медикаментозного забезпечення в Російській Федерації. Так, там жоден лікар не застосовуватиме ліки, які придбав пацієнт. Інакше, у разі будь-якого ускладнення, лікар буде нести кримінальну відповідальність.

**Інша кримінальна справа** стосується медичних працівників, «які знаходяться в скрутному становищі» [21].

Так, 16.06.2014 р. до пологового відділення Мелітопольської центральної районної лікарні поступила пацієнтка з діагнозом «вагітність». За письмовою згодою ОСОБА\_5, останній було проведено операцію кесарів розтин із застосуванням регіональної анестезії. За проведену операцію кесарів розтин із пацієнтки витребували грошові кошти в розмірі 3000 грн. 00 коп., які формально необхідно оформити як благодійний внесок. Лише після сплати зазначених грошових коштів пацієнтці видали медичне свідоцтво про народження дитини форми № 103/о.

30.03.2015 р. до пологового відділення Мелітопольської центральної районної лікарні поступила пацієнтка з діагнозом «вагітність». Останній було проведено операцію кесарів розтин із застосуванням регіональної анестезії. Під час випуски пацієнтці було відмовлено у видачі медичного свідоцтва до сплати певної суми за операцію. І лише після отримання грошових коштів видане медичне свідоцтво про народження дитини форми № 103/о.

Після цього ще раз виникає запитання: «Невже опоненти хочуть нам залишити таку, так звану безоплатну медицину?».

Поряд із цим хотілося б застерегти і «реформаторів» від можливої приватизації державних і комунальних лікарень.

Як ми пам'ятаємо, головним message Закону України «Про внесення змін до деяких законодавчих актів України щодо удосконалення законодавства з питань охорони здоров'я» було саме перетворення закладів охорони здоров'я в державні унітарні підприємства, комунальні унітарні підприємства та/або господарські товариства. Господарські товариства і є передумовою приватизації закладів охорони здоров'я.

З цього приводу хотілося б нагадати, що понад 70% лікарень в Європі знаходяться у власності держави. Навіть деякі приватні лікарні практично повністю субсидуються центральним урядом (Нідерланди). Загалом в усіх країнах Північної Європи місцевий уряд є власником та фінансує лікарні. Проте в них залишається право на обкладання податками. В інших країнах — членах ЄС — лікарні фінансує центральна влада чи система страхування охорони здоров'я, але така пропорція є різною. Найнижчий рівень урядового фінансування (близько 5%) наявний у Нідерландах, а найвищий (близько 100%) — у Великобританії. Усе частіше державні лікарні в ЄС отримують статус некомерційних організа-

цій (або ж у разі з окремими лікарнями — комерційних). Це означає, що вони можуть стати учасниками ринку капіталу та приймати інвестиційні рішення без ствердної відповіді уряду. Таким чином, у деяких країнах ЄС, наприклад у Португалії, Нідерландах та Бельгії, лікарні можуть залишати за собою додатковий чи звичайний прибуток у повному або частковому обсязі, якщо такий є, для майбутнього використання чи постійних або ж інвестиційних витрат. Зазвичай прибуток/надлишковий прибуток ділиться між «власниками» і самою лікарнею відповідно до постанов та умов статуту лікарні [22].

## Висновки

У будь-якому разі альтернативи сьогоденним перетворенням у сфері охорони здоров'я не існує. І на фоні кримінальних справ не дуже переконливими є намагання студентів та окремих політиків скасувати результати іспиту IFOM—2019 [23] або іншим чином знизити й так невисоку кваліфікацію українських лікарів [24]. Якщо поважні організатори охорони здоров'я будуть і далі використовувати недороговартісні трюки в запереченні медичних реформ, то їх буде неможливо сприймати конструктивно.

## Список використаних джерел

1. Пашков В.М. (2018) Це солодке слово «реформа»: перспективи андеграунду охорони здоров'я. Еженедельник АПТЕКА, № 6 (1127), с. 10–11.
2. Пашутин В.В. (2019) Симулякри в праві: запрошення до дискусії. Правовий часопис Донбасу, № 1 (66), с. 25–32.
3. Апеляційний суд м. Києва. Ухвала. Іменем України. 20 січня 2010 року м. Київ (2010) Колегія суддів судової палати в кримінальних справах Апеляційного суду м. Києва. URL: <http://reyestr.court.gov.ua/Review/8978647> (станом на 15.07.2019).
4. Пашков В.М. (2018) Історія вакцинації: правовий нігілізм та медичний... Еженедельник АПТЕКА, №12 (1133), с.10–11.
5. МОЗ затвердив Порядок надання первинної медичної допомоги (2018) Міністерство охорони здоров'я України, опубліковано 27 березня 2018 р. о 13:22. URL: <https://www.kmu.gov.ua/ua/news/moz-zatverdiv-poryadok-nadannya-pervinnoyi-medichnoyi-dopomogi> (станом на 15.07.2019).
6. Функціонування пілотного проекту фінансування спеціалізованої медичної допомоги у Полтавській області (2019) URL: <https://nszu.gov.ua/storage/files/zvit-nszu-02-kv-2019.pdf> (станом на 16.07.2019).
7. Всеобщий охват медико-санитарними услугами. Что такое всеобщий доступ к медицинским услугам? (2019) URL: [https://www.who.int/universal\\_health\\_coverage/ru/](https://www.who.int/universal_health_coverage/ru/) (станом на 16.07.2019).
8. Pashkov V.M., Golovanova I.A., Olefir A.A. (2016) The impact of the legal regime of intellectual property protection in the pharmaceutical market. Wiadomości Lekarskie, T. LXIX, nr 3(cz. II): 582–586.
9. Pashkov Vitalii, Hutorova Nataliia, Harkusha Andrii (2017) Vat rates on medical devices: foreign experience and Ukrainian practice. Wiadomości Lekarskie, tom LXX, nr 2(cz II): 345–348.
10. Pashkov Vitalii, Harkusha Andrii (2016) Certain aspects on medical devices software law regulation. Wiadomości Lekarskie, tom LXIX, nr 6: 765–767.
11. Pashkov Vitalii, Gutorova Nataliya, Harkusha Andrii (2016) Medical device software: defining key terms. Wiadomości Lekarskie, tom LXIX, nr 6: 813–817.
12. Pashkov Vitalii, Soloviov Aleksey, Olefir Andrii (2017) Legal aspects of counteracting the trafficking of falsified medicines in the European Union. Wiadomości Lekarskie, tom LXX, nr 4: 843–849.
13. Vitalii M. Pashkov, Andrii A. Olefir, Oleksiy Y. Bytyak (2017) Legal features of the drug advertising. Wiadomości Lekarskie, tom LXX, nr 1: 133–138.
14. Tatsiy Vasyl, Gutorova Nataliya, Pashkov Vitalii (2017) Legal aspects of cancer diseases prophylactics: patients rights context. Wiadomości Lekarskie, 70(6 pt. 1): 1108–1113.
15. Gutorova Nataliya, Pashkov Vitalii, Harkusha Andrii (2018) Virtual/Augmented Reality Software in Medical Rehabilitation: Key Legal Issues. ACTA BALNEOLOGICA, tom LX/numer 2(152): 119–123.
16. Horodovenko V.V, Pashkov V.M., Udovyka L.G. (2018) Protection of patients' rights in the european court of human rights. Wiadomości Lekarskie, tom LXX, nr 6: 1200–1206.
17. Корупція в медичній сфері (2018) Еженедельник АПТЕКА, № 3 (1124), с. 6.
18. Українська медична експертна спільнота: якісна та доступна медицина для українців (2019) URL: [https://www.ukrinform.ua/rubric-preshall/2735699-ukrainska-medicna-ekspertna-spilnota-akisna-ta-dostupna-medicina-dla-ukrainciv.html?fbclid=IwAR2CtK7K11I6-gRAsz-UrOkirFbhLSjpUOhDnEA4IoMpqut\\_BDPr21ybFhU](https://www.ukrinform.ua/rubric-preshall/2735699-ukrainska-medicna-ekspertna-spilnota-akisna-ta-dostupna-medicina-dla-ukrainciv.html?fbclid=IwAR2CtK7K11I6-gRAsz-UrOkirFbhLSjpUOhDnEA4IoMpqut_BDPr21ybFhU) (станом на 16.07.2019).
19. Вирок. Іменем України. 11.12.2013 року. Жовтневий районний суд м. Дніпропетровська (2019) URL: <http://reyestr.court.gov.ua/Review/36212516#> (станом на 15.07.2019).

20. Вирок іменем України. 24 квітня 2019 року. Стрийський міський районний суд Львівської області. Категорія справи № 456/310/18 (2019) URL: [http://reyestr.court.gov.ua/Review/81410675?fbclid=IwAR3ff\\_fe67bLUBipN\\_y\\_9BAhgEi22GCoKaNpQsLDokBZfRyAvBIN8FOFSKOQ](http://reyestr.court.gov.ua/Review/81410675?fbclid=IwAR3ff_fe67bLUBipN_y_9BAhgEi22GCoKaNpQsLDokBZfRyAvBIN8FOFSKOQ) (станом на 15.07.2019).

21. Вирок іменем України. 28 листопада 2016 року. м. Мелітополь. Категорія справи № 320/2731/16-к (2019) URL: <http://reyestr.court.gov.ua/Review/63070148> (станом на 15.07.2019).

22. Реформування вторинної медичної допомоги в Україні: база-ва проблематика та варіанти вирішення. Зведений звіт. Проект, що фінансується ЄС, «Сприяння реформі вторинної медичної допомоги в Україні» 2007–2009. Сфера співробітництва між Україною та ЄС (2019) URL: [http://www.eu-shc.com.ua/UserFiles/File/SR\\_V04\\_ua.pdf](http://www.eu-shc.com.ua/UserFiles/File/SR_V04_ua.pdf) (станом на 15.07.2019).

23. Студенти вимагають скасування результатів іспиту IFOM—2019 (2019) Еженедельник АПТЕКА, № 26/27 (1197/1198). URL: <https://www.apteka.ua/article/507503> (станом на 15.07.2019).

24. URL: <https://www.facebook.com/photo.php?fbid=2329904067277928&set=a.1592819050986437&type=3&theater> (станом на 15.07.2019).

*Віталій Пашков, доктор юридичних наук, професор*