

Роханський Андрій, правозахисник, голова ГО "Інститут правових досліджень і стратегій"

ПРАВА ЛЮДИНИ В ГАЛУЗІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ’Я

У другій половині 2016 року в Україні відбулася зміна керівництва Міністерства охорони здоров’я. Нові очільники МОЗ поступово, послідовно розпочали реформування системи охорони здоров’я країни, що призвело до загострення тих конфліктів у лікарському середовищі, які приховано існували усі роки незалежності України, та спричинило появу небезпідставних побоювань з боку пацієнтів. Усі сторони, суб’єкти реформи намагаються обґрунтовувати свою позицію, апелюючи до прав людини, статей Конституції України, міжнародних зобов’язань держави Україна.

Права людини в галузі охорони здоров'я в Україні захищені цілою низкою ратифікованих міжнародних документів, зокрема, такими як: Міжнародний пакт про економічні, соціальні і культурні права, Конвенція про права інвалідів, Конвенція про права дитини, Конвенція про захист прав людини і основоположних свобод, Європейська соціальна Хартія. Національне законодавство базується передусім на Конституції України, Законах України, серед яких провідну роль відіграє Закон України «Основи законодавства України про охорону здоров’я», постановах Кабінету Міністрів України, відомчих нормативно-правових актах[[1]](#footnote-1).

**Стаття 8.** Конституція України має найвищу юридичну силу. Закони та інші нормативно-правові акти приймаються на основі Конституції України і повинні відповідати їй.

**Стаття 9.** Чинні міжнародні договори, згода на обов'язковість яких надана Верховною Радою України, є частиною національного законодавства України.

Таким чином, міжнародні конвенції та пакти, які наведені нижче, є конституційними, їх норми не суперечать ст. 49 Конституції, яку так полюбляють цитувати опоненти реформи, що наразі відбувається у галузі охорони здоров’я.

## Міжнародний пакт про економічні, соціальні і культурні права

Приєднавшись до Міжнародного пакту про економічні, соціальні і культурні права[[2]](#footnote-2), Україна визнає право кожної людини на найвищий досяжний рівень фізичного і психічного здоров'я (ст.12). Поняття «найвищий досяжний рівень здоров'я» у ст. 12.1 враховує як біологічні та соціально-економічні передумови розвитку індивіда, так і наявні ресурси держави. Існує ряд аспектів, які не можуть бути вирішені виключно у відносинах між державами та фізичними особами, зокрема, гарне здоров'я або захист від усіх можливих причин погіршення здоров'я людини не можуть бути забезпечені державою. Отже, право на здоров'я має розумітися як право на використання цілої низки заходів, послуг і умов, необхідних для реалізації права на найвищий досяжний рівень здоров'я[[3]](#footnote-3).

***Системи охорони здоров'я зобов'язуються забезпечувати[[4]](#footnote-4):***

1. **Наявність** медичних послуг у кількості, що задовольняє попит (з урахуванням рівня економічного розвитку країни).
2. **Доступність** медичних послуг, у тому числі завдяки запобіганню дискримінації, створенню можливостей для фізичного та географічного доступу цих послуг, урахуванню потреб особливих груп (діти, літні люди), забезпечення доступу до інформації щодо існуючих методів лікування.
3. **Прийнятність** медичних послуг з етичної точки зору (згода, конфіденційність), з повагою до потреб окремих осіб, меншин та спільнот, вразливих верств населення.
4. **Якість** медичних послуг, які обґрунтовані з наукової медичної точки зору.

***Принципи дотримання зобов’язань державами на виконання п. 12 Міжнародного пакту про економічні, соціальні і культурні права[[5]](#footnote-5):***

1. **Поступове здійснення**. Визнаються труднощі економічного характеру у зв'язку з обмеженістю наявних ресурсів. Цей принцип не слід тлумачити як привід до позбавлення зобов'язань; він означає, що держави-учасниці мають конкретне і постійне зобов'язання рухатися якомога швидше і щонайефективніше з метою повної реалізації ст. 12. Держави зобов'язані вживати заходів, які є усвідомлені, конкретні та націлені на повне здійснення права на здоров'я.
2. **Заборона регресу**, тобто недопущення погіршення стану національної системи охорони здоров’я.

***Основні обов'язки Держав: Зауваження загального порядку 14***[[6]](#footnote-6) (витяг):

(a) забезпечувати доступ до лікувальних установ, медичних товарів і послуг на недискримінаційній основі, особливо для вразливих або соціально відчужених груп;

(d) забезпечувати основними медикаментами, які час від часу визначаються в Програмі дій ВООЗ щодо основних лікарських засобів;

(e) забезпечувати справедливий розподіл усіх медичних товарів і послуг;

(f) ухвалити та реалізовувати національну стратегію в галузі охорони здоров'я, яка має бути створена на основі епідеміологічних даних і в якій особливу увагу буде приділено вразливим/маргінальним групам населення.

## Конвенція про захист прав людини і основоположних свобод

**Стаття 2. Право на життя**

1. Право кожного на життя охороняється законом. Нікого не може бути умисно позбавлено життя інакше ніж на виконання смертного вироку суду, винесеного після визнання його винним у вчиненні злочину, за який закон передбачає таке покарання.

**Стаття 3. Заборона катування**

Нікого не може бути піддано катуванню або нелюдському чи такому, що принижує гідність, поводженню або покаранню.

**Приклад порушення ст. 3 Конвенції, на думку правозахисників:** жодного разу судовими інстанціями не було прийнято рішення щодо визнання тортурами відмову у призначенні знеболюючих лікарських засобів.

**Свідчення:** «Я прийшла на прийом до дільничного лікаря та пояснивши ситуацію – нестерпний біль у сестри, що хворіє на онкозахворювання, а також наголосивши на діючому законодавстві, попросила виписати сестрі морфін. Лікар мене вислухав і сказав: “Нічим допомогти не можу. Ідіть до онколога, нехай він приймає рішення, що робити”».

*«Пацієнтські історії. Неконтрольований біль – 2016»*

**Стаття 5. Право на свободу та особисту недоторканність**

1. Кожен має право на свободу та особисту недоторканність. Нікого не може бути позбавлено свободи, крім таких випадків і відповідно до процедури, встановленої законом:

e) законне затримання осіб для запобігання поширенню інфекційних захворювань, законне затримання психічнохворих, алкоголіків або наркоманів чи бродяг.

## Європейська соціальна хартія (переглянута)

Визначає, що країни, які ратифікують цей документ, з метою забезпечення ефективного здійснення права на охорону здоров'я, зобов'язуються самостійно або у співробітництві з громадськими чи приватними організаціями вживати відповідних заходів для того, щоб:

* усунути, по можливості, причини слабкого здоров'я;
* забезпечити діяльність консультативно-просвітницьких служб, які сприятимуть поліпшенню здоров'я й підвищенню особистої відповідальності за стан здоров'я;
* запобігати, по можливості, епідемічним, ендемічним, іншим захворюванням, а також нещасним випадкам.

# Чи дотримується держава Україна міжнародних зобов’язань та забезпечує конституційні права у сфері громадського здоров’я?

(Початок упровадження медичної реформи)

#### А) Міжнародний пакт про економічні, соціальні і культурні права.

**По-перше, у ході реформи планується дотримуватись принципу «поступового здійснення»**:

«Процес переходу на нову модель фінансування галузі буде поступовим та розрахований на 3 роки з остаточним запровадженням у 2020 році»[[7]](#footnote-7).

**По-друге, щодо** **заборони регресу, тобто** недопущення погіршення стану національної системи охорони здоров’я, – на сьогодні не можна визначити, чи не призводить реалізація реформ до регресивних наслідків, проте можна навести декілька фактів, які свідчать, що при сучасному стані системи охорони здоров’я регрес навряд чи можливий:

1. Доступ до спеціалізованої та високоспеціалізованої медичної допомоги відбувається на дискримінаційній основі й залежить від фінансового стану пацієнта. Безоплатної спеціалізованої та високоспеціалізованої медичної допомоги як системи в Україні не існує. Безоплатно населення може отримати тільки консультативну допомогу на первинному рівні у комунальних закладах охорони здоров’я.
2. Доступ сільського населення до медичної допомоги за останні 10–15 років не поліпшився, медична допомога сільському населенню надається на матеріально-технічній базі, яку було створено ще за радянських часів. «Обласні лікарні», або Центральні районні лікарні, у яких відбувся розвиток матеріально-технічної бази, розташовані в обласних (районних) центрах, на значній відстані від жителів сіл і селищ.
3. Ціни на «основні» ліки станом на кінець 2016 року найчастіше є вищими за середньоєвропейські.

Щодо доступу до спеціалізованої медичної допомоги та основних життєво важливих ліків. Дискусія на сайті Харківського Обласного онкологічного диспансеру:

Особа\_1: Хочу рассказать историю нашей семьи. Пришлось оперировать маму, диагноз – рак матки. Мы были и в Радиологии, и в Померках (это онкодиспансер). Условия жуткие, нам там не понравилось ВСЁ. Поехали в частную клинику «М» в Киев. Это же другой мир! Там всё достойно, все вежливые, никаких очередей и хамства. И цены намного ниже европейских. Главное, что ты знаешь, за что отдаешь деньги. Вернулись неделю назад. Вот их точный прайс на часть услуг, которые мы прошли: консультация онкогинеколога –2950 грн, консультация анестезиолога – 1250 грн, УЗИ – 2404 грн, КТ – 4058 грн, операция тотальная гистеректомия с тазовой лимфодисекцией (как написано в выписке) – 95011 грн.

Особа\_2: Вы у меня вызвали смех – ваши цифры недоступны 75 % населения. Для них тогда получается выбор: или обычно (в онкодиспансер), или кладбище!

**Мета реформи: у кожній області повинен бути свій онкологічний центр «М» і держава повинна відшкодовувати витрати на лікування за державним гарантованим пакетом медичної допомоги.**

***Щодо Основних обов'язків Держави***[[8]](#footnote-8):

**Пункт (a**):

**a/1.** **Забезпечення доступу до лікувальних установ, особливо для жителів сільської місцевості**.

Держава Україна буде впроваджувати створення **Госпітальних округі**в (переформатування мережі лікувальних закладів) за такими критеріями:

* Наявність принаймні однієї лікарні інтенсивного лікування (першого чи другого рівня) – забезпечення доступної екстреної допомоги.
* Охоплення території з населенням мінімум 200 тис. осіб у разі наявності лікарні 2-го рівня або 120 тис. осіб у разі наявності лікарні тільки 1-го рівня.
* Можливість доїзду до лікарні інтенсивного лікування з будь-якої точки округу за 60 хвилин.
* Госпітальний округ планується у таких межах і з таким «набором» закладів, щоб у перспективі на його основі можна було створити ефективну й сучасну медичну мережу.

**a/2.** **Забезпечення доступу до медичних товарів і послуг на недискримінаційній основі, особливо для вразливих або соціально відчужених груп**.

Держава передбачає впровадження поняття «**Гарантований пакет медичної допомоги»**. Ідеться про чітко визначений набір медичних послуг і ліків, право на отримання якого матимуть усі без винятку громадяни України. Регулювати стосунки між лікарем і пацієнтом буде створений єдиний національний замовник, який буде планувати та закуповувати медичні послуги для громадян, напряму контрактуватиме медичні заклади, оцінюватиме та контролюватиме якість послуг, підтримуватиме електронну систему збору та обміну медичною інформацією тощо. Гарантований пакет медичної допомоги щороку переглядатиметься та публікуватиметься.

Буде збережено конституційний принцип безоплатності: «У державних і комунальних закладах охорони здоров'я медична допомога надається безоплатно».

**Пункт (d)**: **забезпечувати основними медикаментами**, які час від часу визначаються в Програмі дій ВООЗ щодо основних лікарських засобів;

**Пункт (e)**: забезпечувати справедливий розподіл усіх медичних товарів і послуг.

**Запропоновані Урядом України шляхи втілення в життя цих принципів:**

**Реімбурсація** – запровадження механізму повного / часткового відшкодування вартості лікарських засобів за переліком міжнародних непатентованих назв (МНН) лікарських форм[[9]](#footnote-9) аптечним закладам для лікування серцево-судинних хвороб, цукрового діабету ІІ типу, бронхіальної астми.

**Референтне ціноутворення** (інструмент, призначений знизити ціни на ліки) – оптово-відпускні ціни на лікарські засоби, що містяться у постанові КМУ від 9 листопада 2016 р. № 863, мають визначатися шляхом встановлення МОЗ України референтних цін.

Згідно з постановою КМУ № 863 з 1 квітня 2017 року запроваджується відшкодування вартості лікарських засобів під час амбулаторного лікування осіб із серцево-судинними захворюваннями, цукровим діабетом II типу, бронхіальною астмою. У Державному бюджеті–2017 України на це передбачено 500 млн грн.

*Держава Україна планує забезпечити хворих на серцево-судинні захворювання, цукровий діабет ІІ типу, бронхіальну астму безкоштовними ліками.*

*КМУ створив список з 21 міжнародної непатентованої назви лікарських засобів для цієї програми.*

*Уряд України передбачає закупати ці ліки за граничними (найнижчими) оптово-відпускними цінами, що розраховуються як найменша ціна у референтних країнах (Польща, Словаччина, Чехія, Латвія та Угорщина).*

.

**Пункт (f)**: 30 листопада 2016 року розпорядженням КМУ[[10]](#footnote-10) було схвалено **«Концепцію розвитку системи громадського здоров’я**» (далі – Концепція). У Концепції, зокрема, зазначено:

* Традиційно в Україні галузь охорони здоров’я орієнтувалась на лікування захворювань, а не на їх попередження. Більшість ресурсів спрямовані на лікування хвороби, і лише невелика їх частина передбачає збереження здоров’я[[11]](#footnote-11).
* Одним із основних завдань реформи є переорієнтація від політики лікування до політики зміцнення та збереження здоров’я і попередження захворювань.
* Нова система громадського здоров'я будується за принципами децентралізації та субсидіарності. Координатором і технічним лідером програм та проектів у цій сфері має стати Центр громадського здоров’я Міністерства охорони здоров’я. Центр матиме доступ до медичної статистичної інформації, здійснюватиме обробку баз даних, готуватиме науково обґрунтовані рішення та аналітику в галузі громадського здоров’я, а також керуватиме обласними установами цієї галузі.

Реалізацію політики у сфері громадського здоров’я на регіональному рівні здійснюватимуть органи місцевого самоврядування. Вони будуть відповідальні за санітарне й епідеміологічне благополуччя населення, імплементацію Національної стратегії громадського здоров’я на місцевому рівні та за інформування населення.

**Система громадського здоров’я буде розвиватися, за Концепцією, в таких стратегічних сферах:**

**Нормативно-правова база**. В Україні відсутній закон, який регулює сферу громадського здоров’я.

**Біологічна безпека.** Україна має стати країною, населення якої захищене від нових та особливо небезпечних інфекцій і водночас «біологічним щитом» у глобальній циркуляції інфекційних хвороб.

**Протидія неінфекційним захворюванням**. Для зменшення впливу неінфекційних захворювань на суспільство МОЗ планує, згідно з Концепцією, застосувати комплексний підхід, який створить можливості для людей робити вибір заходів, спрямованих на зміцнення їхнього здоров’я, і вимагати від органів місцевого самоврядування прийняття відповідних рішень.

**Національна система крові**. Головним завданням МОЗ, за Концепцією, є забезпечення рівного і своєчасного доступу громадян до якісних та безпечних компонентів і препаратів крові. Його виконання вимагає затвердження Стратегії розвитку національної системи крові та розроблення Дорожньої карти її імплементації. Служба крові надаватиме послуги із заготівлі, переробки, тестування, зберігання і розподілу донорської крові та її компонентів, а також відповідатиме за їх належне клінічне використання. Вона складатиметься з Національного трансфузіологічного центру МОЗ, регіональних трансфузіологічних центрів, їх філіалів і банків крові лікарень. Національний реєстр донорів, створення й оснащення міжрегіональних лабораторних центрів та центрів крові сучасним обладнанням, а також підготовка фахівців стануть наступними кроками для ефективної роботи системи.

**Освіта.** Сталий розвиток сфери громадського здоров'я і її наступне поліпшення буде забезпечено, згідно з Концепцією, за рахунок навчання та тренування кваліфікованих кадрів. Національні експерти братимуть участь у розробці й упровадженні освітньої програми до- та післядипломної освіти у сфері громадського здоров’я; адвокації включення спеціальності «громадське здоровʼя» у перелік галузей знань і спеціальностей; розробці Національного плану з розвитку людських ресурсів у системі громадського здоров'я.

**Комунікація.** Досягнення результатів у сфері громадського здоров’я безпосередньо залежить від поінформованості та обізнаності населення. Саме тому МОЗ, за Концепцією, планує розробити програми комплексних заходів з профілактики; сформувати базу даних про стан здоров'я населення та середовища життєдіяльності людини; а також проводити інформаційно-просвітницькі кампанії з попередження захворювань і популяризації переваг здорового способу життя.

#### Б) Щодо Конституції України:

* Де-факто, отримати безоплатно медичну допомогу, особливо спеціалізовану та високоспеціалізовану, на цей час для більшості населення неможливо.
* Більшість фахівців, експертів, коли критикують план медичної реформи, акцентують увагу на безоплатність медичної допомоги у державних і комунальних закладах охорони здоров'я, про що йдеться у ст. 49 Конституції України. Але ігнорують право на медичне страхування, яке гарантується першим пунктом вищезгаданої статті: кожен має право на охорону здоров'я, медичну допомогу та **медичне страхування.**

Концепція реформи фінансування системи охорони здоров’я України передбачає впровадження моделі **національного солідарного медичного страхування** зі 100 % покриттям громадян. Згідно з Концепцією, страхові внески збиратимуться через загальну систему оподаткування та накопичуватимуться у державному бюджеті. Страхові виплати за лікування окремої людини не будуть прив’язані до розміру її індивідуальних внесків.

## Чи порушується право на здоров’я у ході медичної реформи?

На превеликий жаль, виступи противників медичної реформи значно голосніші, ніж слова прибічників реформування; мова скептиків і консерваторів є більш зрозумілою для значної частини пересічних українців. Треба зауважити, що команда реформаторів не використовує на 100 % можливості ЗМІ, віддавши (можливо, тимчасово) перевагу в цьому напрямі своїм опонентам. Але тема реформування галузі охорони здоровʼя є дуже актуальною: на запит «Медична реформа в Україні 2017» google видає 1 млн 250 тис. посилань.

Як відомо, із січня 2017 року в Україні стартує перший етап медичної реформи, який полягає в зміні фінансування первинної ланки медичної допомоги[[12]](#footnote-12).

Перетворення, які відбуватимуться в галузі протягом року, будуть поетапними (відповідно до міжнародних зобов’язань, див. вище) та запроваджуватимуться разом з інформуванням лікарської та пацієнтської спільноти.

Протягом І півріччя 2017 року медична галузь працюватиме в штатному режимі, а переважна частина підготовчої роботи відбуватиметься на рівні МОЗ України, Уряду, Парламенту та регіональних управлінь охорони здоров’я, громад і медичних закладів.

**Зокрема, підготовка галузі до впровадження реформи в І півріччі 2017 року передбачає:**

1) доопрацювання нормативної бази щодо реформування, зокрема двох законів та низки наказів МОЗ;

2) адаптацію міжнародних протоколів лікування для первинної ланки;

3) формування гарантованого переліку послуг (у зв’язку зі збільшенням видатків бюджету на медицину у 2017 році середню вартість обслуговування пацієнта «на первинці» буде переглянуто в бік підвищення);

4) затвердження на рівні Уряду складу та меж госпітальних округів;

5) впровадження в лютому 2017 року референтного ціноутворення;

6) впровадження реімбурсації ліків з квітня 2017 року;

7) розробку й упровадження першого компонента електронної охорони здоров’я (E-Health) — реєстру пацієнтів, лікарів, медичних закладів.

Отже, план дій МОЗ України є, але він не деталізований. На особливу увагу заслуговує той факт, що нормативна база реформи ще створюється, як і передбачено планом.

***Давайте розглянемо за пунктами цей план дій як з точки зору його прихильників, так і з погляду його противників.***

**Пункт 1. Доопрацювання нормативної бази щодо реформування.**

30 листопада 2016 року Кабінет міністрів України ухвалив 10 постанов, що були подані на розгляд Міністерством охорони здоров’я[[13]](#footnote-13).

**Висновок:** МОЗ розпочато активну діяльність щодо напрацювання нормативної бази реформування.

**Пункт 2. Адаптацію міжнародних протоколів лікування для первинної ланки.**

У цьому процесі МОЗ планує спочатку орієнтуватися на британські протоколи лікування для сімейних лікарів.

*«Ми хочемо обрати джерело протоколу. Наприклад, якесь профільне товариство чи асоціацію. Ми визнаємо, як міністерство, це джерело. Їх протоколи змінюватимуться, але українські лікарі матимуть доступ до цих змін»*, – розповіла в. о. міністра охорони здоров’я У. Супрун.

На думку Є. Комаровського, відомого лікаря-педіатра: «Якщо будуть введені протоколи, то 70 % ліків, які продаються в аптеках, стануть не потрібні», – тобто будуть скасовані призначення ліків, які не довели свою клінічну дієвість і становлять велике навантаження на кишеню пацієнта.

**Пункт 3. Формування гарантованого переліку послуг.**

Упровадження державного гарантованого пакета медичної допомоги[[14]](#footnote-14): державні гарантії у сфері надання медичних послуг повинні бути приведені у відповідність з економічними можливостями суспільства шляхом визначення державного гарантованого пакета медичної допомоги, що базується на пріоритетах охорони здоров’я, враховує поточний економічний стан і можливості держави та фінансується з урахуванням положень ст. 95 Конституції України.

Державний гарантований пакет медичної допомоги поширюватиметься на всіх громадян України та включатиме:

1. первинну медичну допомогу;
2. екстрену медичну допомогу (у тому числі у стаціонарі);
3. основні види амбулаторних послуг за направленням лікаря загальної практики – сімейного лікаря;
4. основні види стаціонарної медичної допомоги за направленням лікаря загальної практики – сімейного лікаря чи лікаря-спеціаліста, включаючи лікарські засоби для стаціонарної та екстреної медичної допомоги, вартість яких відшкодовується через установлений державою механізм оплати відповідних видів медичної допомоги;
5. амбулаторні рецептурні лікарські засоби, які внесені до національного переліку основних лікарських засобів і вартість яких відшкодовується через механізм реімбурсації.

Вартість відповідних послуг покриватиметься через систему державного солідарного медичного страхування повністю або частково. Для тих послуг, для яких буде встановлено неповне покриття вартості єдиним національним замовником медичних послуг, передбачено запровадження механізму часткової офіційної співоплати пацієнтами.

Тарифи для повної оплати медичних послуг, що входитимуть до державного гарантованого пакета медичної допомоги, та тарифи офіційної співоплати таких послуг будуть уніфікованими і єдиними для всієї території України. Тарифи встановлюватимуться МОЗ України й оплачуватимуться єдиним національним замовником медичних послуг (на перехідному етапі їх будуть оплачувати чинні головні розпорядники бюджетних коштів, якими є відповідні органи державної влади та органи місцевого самоврядування, а в майбутньому — єдиний національний замовник медичних послуг) на основі укладених договорів про надання медичної допомоги, що передбачають використання механізму оплати за результат.

Надходження, які державні та комунальні заклади охорони здоров’я будуть отримувати від співоплати пацієнтами витрат за надані їм медичні послуги на основі прозорої та економічно виправданої системи тарифів, стануть офіційним формально визнаним додатковим джерелом фінансування зазначених постачальників послуг.

Детальний перелік послуг, що входять до державного гарантованого пакета медичної допомоги і підлягають оплаті з державного бюджету або співоплаті за уніфікованим тарифом, а також структура та рівень тарифів на відповідні послуги затверджуватимуться щороку Кабінетом Міністрів України.

Кабінет Міністрів планує визначити гарантований обсяг медичних послуг на первинній ланці у першому кварталі 2017 року[[15]](#footnote-15).

**Питання від опонентів**: Чи не буде порушуватись конституційний принцип «безоплатності» впровадженням механізму часткової офіційної співоплати пацієнтами тих медичних послуг, які виходять за межі державного гарантованого пакета медичної допомоги?

**Пункт 4. Затвердження на рівні Уряду складу та меж госпітальних округів.**

26 січня 2017 року МОЗ віддало на погодження проекти перших госпітальних округів. У МОЗ ще раз наголосили, що відповідальність за створення округів, їх межі, кількісний і якісний склад медичних закладів у госпітальному окрузі несе місцева влада[[16]](#footnote-16).

«Міністерству не принципово, де місцева влада визначить центри. Головне – повинна бути така структура лікарень, яка забезпечує доступність кожної людини до якісної медичної послуги. Якщо виникають питання щодо прикріплення територій до тієї чи іншої лікарні, – це виключно компетенція місцевої влади», – заявив заступник міністра охорони здоров’я П. Ковтонюк.

Ось перший перелік госпітальних округів, поданих на погодження в центральні органи виконавчої влади:

|  |  |
| --- | --- |
| м. Київ — 1 округ  Київська обл. – 4 округи  Кіровоградська обл. – 4 округи  Миколаївська обл. – 4 округи  Полтавська обл. – 4 округи  Вінницька обл. – 3 округи  Житомирська обл. – 4 округи | Запорізька обл. – 5 округів  Одеська обл. – 5 округів  Рівненська обл. – 3 округи  Хмельницька обл. – 3 округи  Черкаська обл. – 4 округи  Дніпропетровська обл. – 5 округів |

Слід звернути увагу на те, що Київ планує створити лише один госпітальний округ на місто, у якому тільки офіційно проживає майже 3 млн людей і яке займає територію площею 848 кв. км.

У грудні 2016 року Департамент охорони здоров’я Вінницької облдержадміністрації вніс пропозиції щодо створення трьох госпітальних округів у Вінницькій області: Вінницький, Могилів-Подільський і Тульчинський. Такий розподіл збурив людей у багатьох районах. Люди бояться, що лікарні у їх населених пунктах позакривають. [На мітинги проти медичної реформи](https://vn.20minut.ua/goto/aHR0cHMlM0ElMkYlMkZ2bi4yMG1pbnV0LnVhJTJGWmRvcm92eWElMkZtZWRpY2huYS1yZWZvcm1hLWNob211LXlpeWktYm95YXRzeWEtbGlrYXJpLXRhLXBhdHNpZW50aS10YS1zY2hvLW5hLXZzLTEwNTc5Mzk2Lmh0bWw=) виходили у Козятині, Шаргороді, Іллінцях. Але всупереч протестам 26 січня 2017 року Вінницькою облдержадміністрацією було таки подано 3 округи.

**Питання від опонентів**: Детальної інформації про те, як саме будуть створюватись та в подальшому функціонувати ті округи, лікарі не мають. Яким буде склад округів? Скільки фахівців буде задіяно в новостворених округах? Чи не призведе створення округів до скорочення числа спеціалістів? Чи триватиме подальше насильне «перенавчання» лікарів на «сіменників»? Наразі ми не маємо відповідей на ці питання[[17]](#footnote-17).

**Пункти 5 і 6. Впровадження в лютому 2017 року референтного ціноутворення та впровадження реімбурсації** ліків з квітня 2017 року – про ці плани Уряду ми згадували вище. Тепер наведемо потенційні ризики, які можуть виникнути у процесі реалізації цих планів.

По-перше, існує експертна думка[[18]](#footnote-18), що компанії, які відкрили в Україні підрозділи та закупили товар за поточними цінами, не зможуть забезпечити мінімальну рентабельність, якщо знизять оптово-відпускні ціни до референтних.

По-друге, є ризик того, що тотальне регулювання цін за відсутності ефективного механізму відшкодування вартості препаратів з боку держави не приведе до бажаного результату, а лише створить додаткові адміністративні бар’єри, які можуть стати причиною зникнення з ринку якісних, ефективних, безпечних лікарських засобів і зумовити підвищення цін на лікарські засоби, вартість яких нижча за граничну ціну, встановлену МОЗ України. Крім того, такий підхід негативно позначиться на діяльності суб’єктів ринку, частина з яких буде змушена припинити господарську діяльність через втрату рентабельності.

Варто зазначити, що пряме цінове регулювання не застосовується в країнах ЄС, США та в інших розвинених країнах світу. Цей метод притаманний авторитарним державам[[19]](#footnote-19).

**Думка опонента[[20]](#footnote-20)**: «*Насправді ж постанова КМУ № 862[[21]](#footnote-21) фактично обмежує людину, яка хоче і може придбати оригінальний препарат. Адже його закупівельна ціна, як я вже казав, може бути вища за встановлений граничний рівень, бо згадана урядова постанова встановлює граничні закупівельну та відпускну ціни на ліки, причому остання не повинна перевищувати референтної ціни у референтних країнах. Аптечні мережі просто не братимуть на реалізацію ліки, закупівельна ціна яких вища за референтну, і така урядова ініціатива зниження цін на ліки призведе до дефектури згаданої 21 МНН[[22]](#footnote-22) препаратів в аптеках, і, що найгірше, — до переривання лікування пацієнтів із хронічними захворюваннями*».

**Пункт 7. Розробка та впровадження першого компонента електронної системи охорони здоров’я** (E-Health) — реєстру пацієнтів, лікарів, медичних закладів.

МОЗ: «Створення електронної системи у сфері української медицини є першим і найважливішим кроком на шляху реформування системи охорони здоров’я. Як неодноразово відзначали представники громадськості та МОЗ, саме цей крок дозволить створити прозору систему доступу громадян до ефективного лікування, зробить можливим реалізацію принципу «гроші йдуть за пацієнтом»[[23]](#footnote-23).

22 грудня 2016 року було підписано «Меморандум про затвердження технічних вимог для створення в Україні пілотного мінімального життєздатного продукту та етапів дорожньої карти щодо створення прозорої та ефективної електронної системи охорони здоров’я».

**Питання від опонентів**: Де візьмуться комп’ютери або навіть планшети в кожного лікаря, щоб працювати з тією електронною системою? Їх будуть закупати за бюджетні кошти? Чи на це повинна виділити кошти місцева влада? Чи лікарям знову доведеться вирішувати це питання самостійно? Знову-таки, поки що чіткого і конкретного рішення, з цифрами та термінами, немає[[24]](#footnote-24).

**Рекомендації:**

1. КМУ, МОЗ проводити широку інформаційну кампанію щодо роз’яснення мети реформи, її наслідків для пацієнтів та медичних працівників.
2. Верховній Раді України прийняти закон, який регулює сферу громадського здоров’я.
3. КМУ затвердити Стратегію розвитку національної системи крові.
4. МОЗ розробити та впровадити освітні програми до- та післядипломної освіти у сфері громадського здоров’я; адвокатувати включення спеціальності «громадське здоров'я» у перелік галузей знань і спеціальностей; узяти участь у розробці Національного плану з розвитку людських ресурсів у системі громадського здоров'я.
5. КМУ, МОЗ провести роз’яснення, чи буде діяти далі [постанова КМУ від 17.08.1998 р. № 1303 «Про впорядкування безоплатного та пільгового відпуску лікарських засобів за рецептами лікарів у разі амбулаторного лікування окремих груп населення та за певними категоріями захворювань»](http://www.apteka.ua/article/110036) у зв’язку з прийняттям постанови КМУ № 863 від 09.11.2016 «Про запровадження відшкодування вартості лікарських засобів» та нової Концепції реформи фінансування системи охорони здоров’я.
6. КМУ, МОЗ розглянути питання впровадження непрямого (замість прямого) цінового регулювання на лікарські засоби одночасно із реімбурсацією, як це робиться у деяких розвинених країнах, для подолання ризиків зникнення важливих препаратів з фармацевтичного ринку України.
7. КМУ, МОЗ якнайшвидше надати роз’яснення щодо впровадження принципу неповного покриття вартості медичних послуг єдиним національним замовником медичних послуг та запровадження механізму часткової офіційної співоплати цих послуг пацієнтами: конституційність запропонованого механізму, перелік та вартість послуг.
8. Органам місцевого самоврядування активніше залучати представників місцевої громади до планування меж госпітальних округів; більш розгорнуто інформувати всю місцеву громаду про те, як саме будуть створюватись та в подальшому функціонувати госпітальні округи, які лікарні в окрузі будуть визначені як «інтенсивного лікування» (першого чи другого рівня), як буде забезпечено доступність екстреної допомоги, у тому числі з метою запобігання соціальному напруженню в регіоні.
9. МОЗ подовжити роботу з адаптації міжнародних протоколів лікування як для первинної ланки медичної допомоги, так і для вторинного та третинного рівнів, переглянути існуючі протоколи, вилучити з них рекомендації, пов’язані з призначенням торгових найменувань лікарських засобів.

1. Більш детально: Права людини в сфері охорони здоров’я : практ. посібник / За наук. ред. І. Сенюти. – Львів : Вид-во ЛОБФ «Медицина і право», 2012. [↑](#footnote-ref-1)
2. Міжнародний пакт про економічні, соціальні і культурні права (МПЕСКП). Резолюція 2200A [XXI] Генеральної Асамблеї ООН, 16 грудня 1966 р. – Режим доступу: http://www2. ohchr.org/english/law/cescr.htm. [↑](#footnote-ref-2)
3. **Committee on Economic, Social and Cultural Rights, General Comment 14, The right to the highest attainable standard of health (Twenty-second session, 2000), U.N. Doc. E/C.12/2000/4 (2000), reprinted in Compilation of General Comments and General Recommendations Adopted by Human Rights Treaty Bodies, U.N. Doc. HRI/GEN/1/Rev.6 at 85 (2003).** [↑](#footnote-ref-3)
4. Ibd. [↑](#footnote-ref-4)
5. Ibd. [↑](#footnote-ref-5)
6. **Committee on Economic, Social and Cultural Rights, General Comment 14, The right to the highest attainable standard of health (Twenty-second session, 2000), U.N. Doc. E/C.12/2000/4 (2000), reprinted in Compilation of General Comments and General Recommendations Adopted by Human Rights Treaty Bodies, U.N. Doc. HRI/GEN/1/Rev.6 at 85 (2003).** [↑](#footnote-ref-6)
7. Розпорядження КМУ «Про схвалення Концепції реформи фінансування системи охорони здоров’я України». [↑](#footnote-ref-7)
8. **Committee on Economic, Social and Cultural Rights, General Comment 14, The right to the highest attainable standard of health (Twenty-second session, 2000), U.N. Doc. E/C.12/2000/4 (2000), reprinted in Compilation of General Comments and General Recommendations Adopted by Human Rights Treaty Bodies, U.N. Doc. HRI/GEN/1/Rev.6 at 85 (2003).** [↑](#footnote-ref-8)
9. 19-й випуск Примірного переліку основних лікарських засобів ВООЗ. [↑](#footnote-ref-9)
10. http://www.kmu.gov.ua/control/uk/cardnpd?docid=249618799 [↑](#footnote-ref-10)
11. http://www.moz.gov.ua/ua/portal/pre\_20161006\_b.html [↑](#footnote-ref-11)
12. http://www.apteka.ua/article/397027 [↑](#footnote-ref-12)
13. http://www.moz.gov.ua/ua/portal/pre\_20161130\_d.html [↑](#footnote-ref-13)
14. Концепція реформи фінансування системи охорони здоров’я, схвалено розпорядженням КМУ від 30.11.2016 №103-р. [↑](#footnote-ref-14)
15. https://medprosvita.com.ua/garantovaniy-paket-poslug-vin-vklyuchaye/ [↑](#footnote-ref-15)
16. https://medprosvita.com.ua/odin-gospitalniy-okrug-kiyiv-znushhayetes/ [↑](#footnote-ref-16)
17. https://medprosvita.com.ua/nezruchni-zapitannya-tezh-slid-vidpovidati/ [↑](#footnote-ref-17)
18. http://www.apteka.ua/article/398558 [↑](#footnote-ref-18)
19. Ibd. [↑](#footnote-ref-19)
20. http://www.apteka.ua/article/398558 [↑](#footnote-ref-20)
21. [Постанова КМУ від 9 листопада 2016 р. № 862 «Про державне регулювання цін на лікарські засоби»](http://www.apteka.ua/article/393206). [↑](#footnote-ref-21)
22. МНН – міжнародна непатентована назва. [↑](#footnote-ref-22)
23. https://medprosvita.com.ua/grishin-kakoy-dolzhna-byit-sistema-dlya-zdravoohraneniya/ [↑](#footnote-ref-23)
24. https://medprosvita.com.ua/nezruchni-zapitannya-tezh-slid-vidpovidati/ [↑](#footnote-ref-24)