

Т. М. Ямненко,
доктор юридичних наук

МЕДИЧНА РЕФОРМА: РЕАЛІЇ УКРАЇНИ ТА МІЖНАРОДНИЙ ДОСВІД

Національний авіаційний університет
проспект Космонавта Комарова, 1, 03680, Київ, Україна
E-mail: t.yamnenko@gmail.com

Мета: провести аналіз національного та міжнародного законодавства із забезпечення прав пацієнтів та дослідити основні тенденції розвитку лікарняного сектору в Україні і зарубіжних країнах. **Методи дослідження:** використані міжнародні акти по захисту прав пацієнтів, які вивчалися із застосуванням контент-аналізу, бібліосемантичного та аналітичного досвіду. **Результати дослідження та їх обговорення:** потреба аналізу найкращих доказових практик з управління, планування, фінансування, організації надання медичної допомоги актуальна для багатьох країн світу. Особлива увага акцентується на вивченні та аналізі організації і методів фінансування таких закладів.

Ключові слова: міжнародні угоди, нормативні акти, права пацієнтів, контроль якості медичної реформи.

Постановка проблеми та її актуальність.

У сучасному світі якість медичної допомоги вважається основною цільовою функцією системи охорони здоров'я і водночас визначальним критерієм її діяльності. У багатьох країнах прийняті та діють програми забезпечення якості медичної допомоги, що лягли в основу національної політики в галузі охорони здоров'я. Тобто це той важіль, який впливає на розвиток медицини, і визначається багатьма складовими — якістю управління (призначення, цілі, принципи, методи, структури, організація, планування), організації процесу надання медичної допомоги та його ресурсного забезпечення (матеріально-технічного, методичного, кадрового, фінансового тощо), реалізації застосування технологій, сучасних настанов, стандартів, клінічних протоколів.

Мета статті. В усьому світі дбають про те, аби медицина була на високому рівні, і тому, контроль якості поступово трансформувався в управління нею та систему безперервного її підвищення за допомогою дієвих важелів. В Україні таких не створено, радянські методи «гасіння пожеж» і «побиття винних» ще

животіють, але вже не працюють, «погану якість» перетворили на тавро вітчизняної медицини й маскування справжніх причин стану справ у ній.

Виклад основного матеріалу. У сучасній правовій системі питання охорони, захисту, порядку здійснення права на життя, здоров'я та права на особисту безпеку присвячено норми конституційного, адміністративного, цивільного, кримінального та інших галузей права України. Відсутність єдиного визначення права на життя у різноманітних підходах до наукового розуміння явища доводить необхідність викромети складові елементи права на життя в окрему складову, в нашому випадку в блоці медичної реформи [1].

Коротко про те, що вже вдалося зробити в медицині в правовому полі:

1. Ухвалено Закон про автономізацію медичних установ. Головне в цьому законі: вперше визначене поняття «послуги з медичного обслуговування населення» як одиниці вартості.

2. Ухвалено один із ключових законів, необхідних для повноцінного старту медреформи - «Про державні фінансові гарантії щодо надання медичних послуг та лікарських засобів» № 6327. Де основоположний принцип - гроші ідуть за пацієнтом [2].

Основний принцип реформи виходячи з міжнародного досвіду - держава почне оплачувати надану пацієнту медичну послугу, а не фінансувати кількість ліжок-місць у лікарнях. Це дозволить розумно витратити медичний бюджет - направляти кошти тому, кому дійсно необхідна допомога. В цьому полягає принцип – гроші йдуть за пацієнтом [3].

Слід зауважити, що вводиться фінансування напряму сімейного лікаря на первинній ланці медицини. Цей принцип має працювати з 1 липня 2018 року. Кожен сімейний лікар матиме право заключити контракти з 2 тисячами пацієнтів. За кожен контракт лікар буде отримувати певну суму на рік на свій рахунок.

Реальним кроком у цьому напрямку було ухвалення у квітні 2017 року Закону України «Про внесення змін до деяких законодавчих актів України щодо удосконалення законодавства з питань діяльності закладів охорони здоров'я» (№ 2002-VIII). Він передбачає здійснення низки заходів щодо створення мережі державних та комунальних медичних закладів з достатнім рівнем самостійності для ефективного та своєчасного медичного забезпечення населення. Зокрема, Законом задекларовано їх фінансову та управлінську автономію, а також встановлено спрощений порядок реорганізації закладів охорони здоров'я: державних та комунальних установ у казенні підприємства і комунальні некомерційні підприємства. Водночас Закон закріплює гарантію того, що кошти, не використані закладами охорони здоров'я (крім державних та комунальних установ) у поточному році, не вилучатимуться в них і можуть бути використані на фінансування діяльності закладу (зокрема на оновлення матеріально-технічної бази). Також Закон урегулює окремі питання, пов'язані з договорами про медичне обслуговування населення, які укладатимуться відповідно до спеціального порядку, затвердженого Кабінетом Міністрів України [4].

У аналізованому Законі міститься положення про те, що медичну допомогу надають безоплатно (за рахунок бюджетних коштів) у закладах охорони здоров'я та фізичні особи-

підприємці, які отримали відповідну ліцензію. І одразу уточнюється: лише ті, з ким головний розпорядник бюджетних коштів уклав договори про медичне обслуговування населення. Далі наведено й певні фінансові обмеження: такі договори укладаються лише в межах бюджетних коштів, передбачених на охорону здоров'я на відповідний бюджетний період, на підставі вартості й обсягу послуг з медичного обслуговування, замовником яких є держава або органи місцевого самоврядування. Отож, в умовах дефіциту таких коштів обсяги гарантованої медичної допомоги буде обмежено і скорочено — відповідно до «меж» бюджету. З економічної точки зору — це раціональний і логічний підхід, однак з позицій медицини — суттєвий ризик. Адже враховуючи неможливість точно спрогнозувати перебіг хвороби пацієнта, його одужання тощо, запровадження механізмів нормованого розподілу витрат і нормування медичних втручань приховує небезпеку невизначеності. Навіть жорстке запровадження протоколів лікування і нормативне фінансування на їх підставі можуть значно обмежити здатність лікаря приймати гнучкі рішення щодо лікування пацієнта і перетворять його з логічно мислячого фахівця на суто технічного виконавця [4].

Створення, в свою чергу, Національної Служби Здоров'я України (НСЗУ) за прикладом Британської National Health Service - оператора, який прийматиме основні рішення на локальному рівні - контрактуватиме закупівлю медичних послуг та підписуватиме договори з медичними закладами і лікарями, що займаються підприємницькою діяльністю [5]. Національна служба здоров'я створюється для реалізації зміни принципу фінансування системи охорони здоров'я та буде підзвітна відразу Кабінету Міністрів. Умовно кажучи, це буде окреме міністерство. Саме у такій структурі є ціла низка переваг. Наприклад, медичні протоколи затверджує не Національна служба здоров'я, а МОЗ. Це дасть можливість службі виступати у ролі незалежної контролюючої структури. Вона замовляє медичні послуги у лікарень, у тому числі й приватних, до яких не має жодного відношення. Лікарню обирає пацієнт – служба здоров'я лише оплачує лікування і контролює його вартість та якість. Це окрема урядова струк-

тура. За нинішньої системи МОЗ якраз замовляє медичні послуги для населення саме у себе. Приміром, він віддає гроші у вигляді медичної субвенції міській раді, а та віддає їх лікувальному закладу, що належить місту, але підпорядковується Міністерству охорони здоров'я. У якості наданих послуг при цьому ніхто не зацікавлений. Натомість Національній службі здоров'я не належить жоден з медичних закладів [6].

Важливим елементом у впровадженні медичної реформи є і дієва система контролю якості при наданні медичних послуг. Ліцензування — процес, яким уряд надає дозвіл на здійснення професійної діяльності практикуючому лікарю або медичній організації (зазвичай після перевірки дотримання мінімальних обов'язкових стандартів). В Україні ліцензування поширюється на всіх юридичних осіб незалежно від їх організаційно-правової форми та фізичних осіб-підприємців, які провадять господарську діяльність з медичної практики. Якщо ліцензування гарантує мінімальні стандарти для безпеки пацієнта та мінімізує ризики для здоров'я, то акредитація медичних закладів покликана забезпечити безперервне підвищення якості й націлена на досягнення оптимальних стандартів. Національний орган з акредитування через незалежне зовнішнє оцінювання публічно підтверджує досягнення акредитаційних стандартів тим чи іншим закладом. У Великій Британії цим займається United Kingdom Accreditation Forum (UKAF) — волонтерська мережа організацій NHS, підзвітна уряду; у Франції — HAS, орган влади у сфері охорони здоров'я (незалежна некомерційна публічна наукова організація); у США — Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organization (JCAHO; національна некомерційна організація). Оскільки, в Україні акредитація здійснюється не незалежною структурою, як це відбувається в більшості країн ЄС, а Міністерство охорони здоров'я України, котре перевіряє підпорядковані йому ж заклади, це створює об'єктивні перешкоди для забезпечення належної якості медичної допомоги в охороні здоров'я [7].

Наказом МОЗ від 01.08.2011 р. № 454 «Про затвердження Концепції управління якістю медичної допомоги у галузі охорони здоров'я в Україні на період до 2020 року» у державі проголошено принцип безперервного підвищення якості, невід'ємною складовою якого є клінічний аудит.

У Концепції зазначено: нині аналіз результатів роботи закладів охорони здоров'я ґрунтується на затверджених державними органами облікових і звітних документах (статистичних даних і річних звітах про діяльність), а також на результатах окремих досліджень, чого недостатньо для оцінки якості медичної допомоги та визначення напрямків її покращання [8].

Наказ МОЗ України від 05.02.2016 р. № 69 «Про організацію клініко-експертної оцінки якості надання медичної допомоги та медичного обслуговування» «осучаснює» експертну оцінку другої та третьої груп експертизи, яка здійснюється у випадках смерті пацієнтів, розбіжності встановлених діагнозів, недотримання стандартів медичної допомоги та медичного обслуговування, клінічних локальних протоколів, табелів матеріально-технічного оснащення, а також у випадках, котрі супроводжувалися скаргами заявника, тощо. Таким чином, хоча в нормативних документах МОЗ і зазначені сучасні методи контролю якості — клінічний аудит та моніторинг, на практиці здійснюється експертна оцінка результату й окремих небажаних випадків із вжиттям «організаційних заходів» для покарання винних. Тоді як клінічний аудит у медичному закладі проводиться зазвичай один раз на квартал і має на меті не покарання окремих працівників за те, що не було досягнуто прийнятної якості, а пошук можливостей для її досягнення [9].

Важливою складовою медичної реформи в Україні є запровадження нової моделі фінансування системи охорони здоров'я, яка передбачає чіткі зрозумілі гарантії держави щодо медичної допомоги, кращий фінансовий захист для громадян у випадку хвороби, ефективний та справедливий розподіл публічних ресурсів та скорочення неформальних платежів [10].

Як показує світова практика, якою б досконалою не була державна мережа лікувально-

профілактичних установ, все одно буде існувати попит на медичні послуги, що надаються комерційними структурами. Але ми прагнемо перейняти позитивний досвід розвинутих країн світу де приватний сектор охорони здоров'я не зміг би домінувати за своїм покриттям над державним. З іншого боку – щоб усі доступні приватні медичні служби були дзеркальним відображенням державних амбулаторій, клінік, кабінетів фахівців.

Висновки. 1. Проведений аналіз міжнародного законодавства та міжнародних наукових публікацій показав високий рівень правового забезпечення захисту прав пацієнтів у Європейських країнах, що визначено стандартами оцінки роботи системи охорони здоров'я за допомогою використання різноманітних концептуальних і методологічних підходів до управління, фінансування, планування та організації надання вторинної медичної допомоги.

2. Реформування лікарняного сектору є досить складним процесом, оскільки лікарні залишаються досить консервативним елементом системи охорони здоров'я, попри нові виклики і зміни в самих системах. Реформа лікарень передбачає використання нових моделей управління, нових методів оплати медичних послуг, посилення контролю за їх роботою.

3. Механізм контролю якості, який має бути постійним і спрямованим на підвищення якості медичної допомоги, у нас витіснено різного роду перевірками, коли в медичному закладі трапляється надзвичайна подія (смерть хворого чи скарга пацієнта) — системи управління якістю медичної допомоги в тому вигляді, як вона існує у розвинутих країнах, ми не маємо. Отже, підтримую фахівців, які ведуть мову про необхідність створення Національної агенції контролю якості (за прикладом інших країн), яка була б незалежною, не підпорядкованою МОЗ, укомплектованою фаховими експертами із досвідом роботи в цьому напрямку.

Література

1. *Адміністративно-правова охорона особистих немайнових прав: монографія* / О.О. Пунда – Ірпінь – Хмельницький, ФОП Мельник А.А., 2017. – 542 с.

2. *Системи охорони здоров'я: час змін* — [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://bit.ly/2qJdw1n>.

3. *Безруков В.В.,* Войтенко В.П., Ахаладзе Н.Г., Писарук А.В., Кошель Н.М. Реформирование медицины. Украина в мировом и европейском контексте, 2017 — 127 с.

4. *Дорошенко О.О.,* Шевченко М.В. Аналіз міжнародного досвіду фінансування вторинної медичної допомоги // *Економіка і право охорони здоров'я.* – 2017. – № 1 (5).

5. *О международном опыте реформирования системы здравоохранения* [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://bit.ly/2qDMKml>.

6. *Постанова* Кабінету Міністрів України від 27 грудня 2017 р. № 1101 «Про утворення Національної служби здоров'я України».

7. *Health Authorities* [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://bit.ly/2cj10MW>; National Institute for Clinical Excellence [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <https://www.nice.org.uk/>.

8. *Розпорядженням* Кабінету Міністрів України від 30 листопада 2016 р. № 1013-р Концепція реформи фінансування системи охорони здоров'я.: zakon.rada.gov.ua/go/1013-2016-p.

9. *Європейський інформаційно-дослідницький центр* [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://euinfocenter.rada.gov.ua/>.

10. *Закон* України Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення // *Відомості Верховної Ради України.* – 2018. – № 5. – Ст. 31: zakon.rada.gov.ua/go/2168-19.

References

1. *Administrativno-pravova okhorona osobystykh nemainovykh prav: monohrafiia* / О.О. Punda. – Irpin – Khmelnytskyi, FOP Melnyk A.A., 2017. – 542 s.

2. *Systemy okhorony zdorovia: chas zmin* [Elektronnyi resurs]. – Rezhym dostupu: <http://bit.ly/2qJdw1n>.

3. *Bezrukov V.V.,* Voitenko V.P., Akhaladze N.H., Pysaruk A.V., Koshel N.M. Reformyrovanye medytsyny. Ukrayna v myrovom y evropeiskom kontekste, 2017 — 127 s.

4. *Doroshenko O.O.,* Shevchenko M.V. Analiz mizhnarodnoho dosvidu finansuvannia vtorynnoi medychnoi dopomohy // *Ekonomika i pravo okhorony zdorovia.* – 2017. – № 1 (5).

5. *O mezhdunarodnom* опыте reformyrovanyu systemy zdavookhraneniya [Elektronnyi resurs]. – Rezhym dostupu: <http://bit.ly/2qDMKML>.

6. *Postanova* Kabinetu ministriv Ukrainy vid 27 hrudnia 2017 r. № 1101 «Pro utvorennia Natsionalnoi sluzhby zdorovia Ukrainy».

7. *Health Authorities* [Elektronnyi resurs] Rezhym dostupu: <http://bit.ly/2cj10MW>; National Institute for Clinical Excellence — [Elektronnyi resurs]. – Rezhym dostupu: <https://www.nice.org.uk/>.

8. *Rozporiadzhennia* Kabinetu Ministriv Ukrainy vid 30 lystopada 2016 r. № 1013-r Kontseptsii reformy finansuvannia systemy okhorony zdorovia: zakon.rada.gov.ua/go/1013-2016-r.

9. *Ievropeyskyi* informatsiino-doslidnytskyi tsentr [Elektronnyi resurs]. – Rezhym dostupu: <http://euinfocenter.rada.gov.ua/>.

10. *Zakon* Ukrainy Pro derzhavni finansovi harantii medychnoho obsluhovuvannia naselennia // Vidomosti Verkhovnoi Rady. – 2018. – № 5. – St. 31: zakon.rada.gov.ua/go/2168-19.

Т. М. Ямненко

МЕДИЦИНСКАЯ РЕФОРМА: РЕАЛИИ УКРАИНЫ И МЕЖДУНАРОДНЫЙ ОПЫТ

Национальный авиационный университет
проспект Космонавта Комарова, 1, 03680, Киев, Украина
E-mail: t.yamnenko@gmail.com

Цель: провести анализ национального и международного законодательства по обеспечению прав пациентов и исследовать основные тенденции развития лечебного сектора в Украине и зарубежных странах. **Методы исследования:** использованы международные акты по защите прав пациентов, которые изучались с применением контент-анализа, библиосемантического и аналитического опыта. **Результаты исследования и их обсуждение:** потребность в анализе лучших доказательных практик по управлению, планированию, финансированию, организации оказания медицинской помощи актуальна для многих стран мира. Особое внимание акцентируется на изучении и анализе организации и методов финансирования таких заведений.

Ключевые слова: международные соглашения, нормативные акты, права пациентов, контроль качества медицинской реформы.

T. Yamnenko

MEDICAL REFORM: UKRAINE'S REALITIES AND INTERNATIONAL EXPERIENCE

National Aviation University
Kosmonavta Komarova Avenue, 1, 03680, Kyiv, Ukraine
E-mail: t.yamnenko@gmail.com

Purpose: the goal is to analyze the national and international legislation on ensuring the rights of patients and to explore the main trends in the development of the medical sector in Ukraine and foreign countries. **Methods:** international acts on the protection of patients' rights were used, which were studied with the use of content analysis, bibliosemantic and analytical experience. **Results of the study and their discussion:** the need for an analysis of the best evidence-based practices in management, planning, financing, organization of medical care is relevant for many countries in the world. Particular attention is focused on the study and analysis of the organization and methods of financing such institutions.

Key words: international agreements, normative acts, patients' rights, quality control of medical reform.