

УДК 340.1: 614.2

Стеценко В. Ю.
*доктор юридичних наук, професор,
в.о. завідувача кафедри галузевих юридичних дисциплін
Національного педагогічного університету
імені М. П. Драгоманова*

РЕФОРМУВАННЯ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я В УКРАЇНІ: ПРАВОВІ ПИТАННЯ

У статті досліджуються питання реформування системи охорони здоров'я в Україні. Акцентується увага на організаційно-правових проблемах запропонованої нової системи надання медичної допомоги первинної ланки системи охорони здоров'я, питаннях фінансування нової моделі, обов'язків лікарів та організаційно-правової форми здійснення ними своєї господарської діяльності. Аналізуються основні функції страхування взагалі та медичного страхування зокрема. Здійснюється аналіз співвідношення функцій страхування з функціонуванням запропонованої нової моделі організації та фінансування первинної ланки системи охорони здоров'я.

Ключові слова: реформування, охорона здоров'я, страхування, медична допомога, медична послуга, функції страхування, сімейна медицина, модель фінансування.

Сучасна Україна перебуває у стані глибокого реформування багатьох сфер суспільного життя, в тому числі і охорони здоров'я. Необхідність реформування медицини очевидна. Всі ресурси, що залишилися з радянських часів, у цій сфері давно вичерпані. Функціонування системи охорони здоров'я здійснюється за інерцією, без системного підходу та належного правового регулювання. Недостатнє фінансування, а вірніше неефективний перерозподіл фінансових коштів ще більше погіршує ситуацію.

Міністерство охорони здоров'я України презентувало календарний план реформи системи фінансування охорони здоров'я та інші ключові зміни, які відбуватимуться в медичній галузі в 2017–2020 роках. Серед першочергових заходів визначено запровадження нової моделі організації та фінансування для первинної медичної допомоги. А саме – переведення системи охорони здоров'я на принципово нову модель фінансування, яке розпочнеться вже у 2017 році і триватиме три роки. Починається реформа з введення сімейної медицини на базі існуючої первинної ланки системи охорони здоров'я (поліклініки, амбулаторії та інше).

Населення зможе вільно (незалежно від місця проживання, реєстрації) обирати сімейного лікаря і педіатра для своїх дітей та підписувати з ним прямі угоди з чітко прописаним обсягом послуг, гарантованих і оплачених державою. Перелік гарантованого обсягу первинної медичної допомоги, переглядатиметься щороку та залежатиме від показників бюджету, які держава виділятиме на охорону здоров'я.

Технічним оператором перерахування бюджетних коштів, що також буде здійснюватиме документообіг з лікарями стане єдиний національний замовник медичних послуг – Департамент “Національна служба здоров'я”, який згодом трансформується в центральний орган виконавчої влади – “Національну службу здоров'я”.

Яким чином буде працювати така модель фінансування медичних послуг? Потенційні пацієнти укладають з обраним ними лікарем угоду, яку останній ймовірно повинен буде зареєструвати в Департаменті “Національна служба здоров'я”. Коли, в

разі необхідності, пацієнт звертається за медичною допомогою до обраного лікаря, йому надається певний обсяг медичних послуг, що оплачуються медичному працівнику з бюджету через розпорядника бюджетних коштів – Департамент “Національна служба здоров’я”. Причому обсяг медичних послуг, гарантованих і оплачуваних державою, може бути в різні роки різним, так як він переглядатиметься щороку та залежатиме від показників бюджету, які держава виділятиме на охорону здоров’я.

Наскільки ефективною виявиться дана модель фінансування – покаже час. Питань тут дуже багато. Зупинимося на декількох. Перше питання. Чому була обрана саме така модель фінансування, чому реформатори вперто не запроваджують страхову модель фінансування медицини?

Давайте розглянемо основні функції страхування взагалі і медичного страхування, зокрема. До них можна віднести:

1. Накопичувальну (формування спеціалізованих страхових фондів грошових коштів, тобто акумуляція коштів до єдиного резерву, з якого в подальшому і здійснюються всі необхідні виплати).

2. Відновлювальну, яка виявляється у тому, що у випадку настання страхового випадку відбувається повне або часткове відшкодування завданих збитків (повна або часткова оплата медичних послуг).

3. Превентивну (профілактичну), сутність якої полягає в тому, що з метою збереження та накопичення страхових фондів, здійснюється фінансування заходів з недопущення або зменшення наслідків настання страхових випадків (фінансування лікувально-профілактичних заходів).

4. Контрольну, яка виявляється у тому, що страхові фонди мають суто цільову спрямованість – страхові внески акумулюються у страховому фонді на строго визначені цілі, використовуються в строго визначених випадках і строго визначеним колом осіб [1, с. 9].

Як мінімум дві з чотирьох функцій в вищезгаданій моделі повністю відсутні. Це – накопичувальна функція. Так як не передбачається ні формування спеціалізованих страхових фондів грошових коштів, ні будь-яких страхових внесків. Акумуляції коштів до єдиного резерву, з якого в подальшому і здійснюються всі необхідні виплати не здійснюється.

А друга, – це превентивна (профілактична) функція. Так як ні в кого немає мети збереження та накопичення страхових фондів. Ні у Департаменту “Національна служба здоров’я”, який буде тільки технічним суб’єктом перерахування коштів, ні у лікаря, винагорода якого прямо буде залежати від кількості наданих медичних послуг. І чим частіше хворіють пацієнти, тим вище прибутки лікаря. А якщо пацієнтів, які уклали з даними лікарем угоду, недостатньо багато, то хворіти вони повинні ще частіше.

Саме відсутність цих двох найважливіших функцій і є Ахіллесовою п’ятою даної моделі. Відсутність накопичувальної функції в черговий раз ставить фінансування охорони здоров’я в залежність від можливостей бюджету, волі законодавця, політичної та економічної ситуації в країні. Відсутність же профілактичної функції практично позбавляє державу можливості ефективно проводити політику збереження здоров’я населення країни.

Складовою реформи є і те, що лікарі первинної ланки зможуть обрати будь-яку організаційну форму своєї роботи, яка буде оплачуватись, як вже зазначалось, за подушним нормативом в залежності від кількості укладених лікарем угод і дотримання медичних протоколів лікування та діагностики.

Вже розроблені та проходять громадське обговорення примірні форми документів для вільного вибору громадянами сімейного лікаря.

До обов'язків лікаря первинної ланки, планується віднести:

1. Безпосереднє надання первинної медичної допомоги пацієнтам.
2. Формування та контроль виконання плану обстежень та лікування, аналіз результатів досліджень, призначення медичних препаратів та інших лікувальних заходів.
3. Надання медичної допомоги пацієнтам у невідкладному стані.
4. Направлення відповідно до медичних показань пацієнта, який не потребує екстреної медичної допомоги, для надання йому вторинної (спеціалізованої) або третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги.
5. Координація роботи з іншими ланками медичної допомоги.
6. Ведення пацієнтів, що хворіють на соціально небезпечні інфекційні захворювання відповідно до законодавства.
7. Здійснення імунопрофілактики відповідно до чинного законодавства.
8. Динамічне спостереження за неускладненою вагітністю.
9. Здійснення медичного догляду за здоровою дитиною.
10. Призначення лікарських засобів з оформленням документів відповідно до законодавства.
11. Оформлення довідок, форм, листків непрацездатності та інші.

Як бачимо, спектр обов'язків досить широкий, що, звичайно ж, вимагає високого ступеня підготовки таких фахівців.

Рекомендована кількість пацієнтів, які виберуть одного лікаря, повинна перебувати у межах 2 000 пацієнтів. Однак, залежно від соціальних, вікових та кількісних характеристик населення громади, на території якої працює лікар, в окремих випадках кількість пацієнтів може бути більшою чи меншою.

Так як лікарі первинної ланки зможуть обрати будь-яку організаційну форму роботи (фізична особа – підприємець, поліклініка, амбулаторії та центри первинної медико-санітарної допомоги), вони самостійно обиратимуть і місце для здійснення своєї господарської діяльності. Зокрема, надавати допомогу можна буде в окремій будівлі чи приміщеннях, що належать суб'єкту надання первинної медичної допомоги на праві власності, праві оренди чи на інших підставах, що не заборонені законодавством.

Цікаво, що допомогу лікар може бути надаватиме не тільки за місцем здійснення своєї господарської діяльності під час особистого прийому та залежно від стану пацієнта, за місцем проживання (перебування) пацієнта, але і з використанням засобів телекомунікації, тобто по телефону, інтернету та інше.

І ось тут виникає маса питань. А як буде оплачуватися така медична послуга? Як повноцінний, класичний прийом лікарем пацієнта? Чи буде окремий тариф за консультацію з використанням засобів телекомунікацій? Або такий вид діяльності взагалі не буде оплачуватися? Але тоді у лікаря не буде стимулу проводити подібне

консультування. А як буде юридично оформлятися такий вид надання медичних послуг? Як проконтролювати, що дійсно було таке консультування? І тут можливі зловживання з боку недобросовісних медичних працівників.

Однак, поки всі вищезазначені нововведення знаходяться ще в стадії опрацювання і обговорення. Ніяких нормативних документів ще не прийнято. Тому дуже ймовірно, що ця модель реформування первинної ланки охорони здоров'я та його нової системи фінансування ще зазнає істотних змін. І ми побачимо дієву, ефективну і принципово нову модель надання медичної допомоги на рівні первинної ланки охорони здоров'я.

Використані джерела:

1. *Стеценко В. Ю.* Обов'язкове медичне страхування в Україні (адміністративно-правові засади запровадження) : монографія / В. Ю. Стеценко. – К. : Атіка, 2010. – 9 с.
2. Офіційний веб-сайт Міністерства охорони здоров'я України [Електронний ресурс]. – Режим доступу до ресурсу : http://www.moz.gov.ua/ua/portal/pre_20170208_b.html

Стеценко В. Ю. Реформирование здравоохранения в Украине: правовые вопросы.

В статье исследуются вопросы реформирования системы здравоохранения в Украине. Акцентируется внимание на организационно-правовых проблемах предложенной новой системы оказания медицинской помощи первичного звена системы здравоохранения, вопросах финансирования новой модели, обязанностей врачей и организационно-правовой формы осуществления ими своей хозяйственной деятельности. Анализируются основные функции страхования вообще и медицинского страхования в частности. Осуществляется соотношение функций страхования с функционированием предлагаемой новой модели организации и финансирования первичного звена системы здравоохранения.

Ключевые слова: реформирование, здравоохранение, страхование, медицинская помощь, медицинская услуга, функции страхования, семейная медицина, модель финансирования.

Stetsenko V. Health care reform in Ukraine: legal issues.

The article examines the issues of health reform in Ukraine. It focuses on legal problems of the proposed new system of medical care /primary health care system, the financing of new models, responsibilities of doctors and legal form of the exercise of their business activities. The author analyzes the basic functions of insurance and health insurance in particular. The insurance functions with the functioning of the proposed new models of organization and financing of primary health care system are performed.

Keywords: reform, health care, insurance, medical aid, medical services, insurance function, family medicine, funding model.