

**ЦЕНТРАЛЬНОУКРАЇНСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ ТЕХНІЧНИЙ
УНІВЕРСИТЕТ**

Бондарчук Ю.П., Бондарчук С.В., Ванін Ю.К.

**ПРАВОВЕ РЕГУЛЮВАННЯ
УЧАСТІ ОРГАНІВ МІСЦЕВОГО САМОВРЯДУВАННЯ
У РЕФОРМУВАННІ СФЕРИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я
НА МАТЕРІАЛАХ КІРОВОГРАДСЬКОЇ ОБЛАСТІ**

м. Кропивницький

2021

УДК 342.9 : 614.2

Б81

***Рекомендовано до друку Вченою радою
Центральноукраїнського національного технічного університету
(протокол № 10 від 31.05.2021 р.)***

Рецензенти:

С.І. Москаленко, доктор юридичних наук, доцент кафедри права та правового регулювання авіаційної діяльності Льотної академії Національного авіаційного університету.

В. М. Юрах, доктор юридичних наук, доцент кафедри державно-правових дисциплін та адміністративного права Центральноукраїнського державного педагогічного університету.

Б81 Бондарчук Ю.П., Бондарчук С.В., Ванін Ю.К.

Правове регулювання участі органів місцевого самоврядування у реформуванні сфери охорони здоров'я: на матеріалах Кіровоградської області. – Кропивницький: ПП «Поліум», 2021. – 84 с.

ISBN 978-966-8559-88-4

Медична реформа є однією з найочікуваніших серед населення України. Її втілення особливо актуалізується в період боротьби з епідемією COVID-19.

У реформі децентралізації місцеве самоврядування отримало більшу фінансову самостійність та дещо розширені повноваження, в тому числі і у сфері охорони здоров'я. Нині медзакладами керує не міністерство, а місцева влада, яка є їх власником. Вона має вплив на кадрове забезпечення, створення, закриття, реорганізацію чи перепрофілювання закладів охорони здоров'я. Тому місцеві громади мають використати закладені в законодавстві механізми та не чекаючи вказівок «зверху» розбудовувати найкращу для своїх мешканців мережу медичних закладів «знизу».

Метою нашої роботи стало дослідження законодавчої бази щодо участі органів місцевого самоврядування у реформуванні сфери охорони здоров'я, на основі аналізу позитивного та негативного досвіду Кіровоградської області, розробити пропозиції, спрямовані на їх вдосконалення.

Роль місцевих органів влади у розвитку системи охорони здоров'я посилилась у межах реформи децентралізації. В процесі автономізації спроможні громади Кіровоградщини, які стали власниками комунальних підприємств, отримали можливість вкладати кошти у розвиток лікарень та самостійно встановлювати умови комплектування лікарськими кадрами, проводити заходи по запобіганню поширенню на своїй території COVID-19.

Нами запропоновані заходи для удосконалення правових та організаційних засад діяльності органів місцевого самоврядування у сфері охорони здоров'я,

УДК: 342.9 : 614.2

ISBN 978-966-8559-88-4

© Ю.П. Бондарчук, 2021

© ПП «Поліум», 2021

ЗМІСТ

Перелік скорочень

Вступ

Розділ 1. Теоретичні засади правового регулювання повноважень органів місцевого самоврядування та реформування надання медичних послуг

1.1 Наукова проблематика обґрунтування медичної реформи

1.2 Аналіз нормативно-правових актів, що лежать в основі реформування медичної галузі

Розділ 2. Законодавче забезпечення та механізми захисту прав пацієнтів в Україні та міжнародно-правовому вимірі

2.1 Європейська хартія прав пацієнтів і українське законодавство: спільні та відмінні риси

2.2 Міжнародний досвід забезпечення права на охорону здоров'я

2.3 Гарантії прав пацієнтів в Україні

2.4 Способи захисту прав пацієнтів в Україні

Розділ 3. Медична реформа в умовах децентралізації влади в Україні

3.1 Територіальна реформа щодо фінансування медичних бюджетних установ

3.2 Заходи з підвищення якості надання медичних послуг на первинному рівні

3.3 Реформування вторинної медичної допомоги

Розділ 4. Органи місцевого самоврядування у реформуванні сфери охорони здоров'я в Кіровоградській області

4.1 Аналіз регіонального досвіду та проблем реалізації медичної реформи

4.2 Пропозиції щодо підвищення ефективності

Висновки

Список використаних джерел та літератури

Додатки

ПЕРЕЛІК СКОРОЧЕНЬ

АЗПСМ – амбулаторія загальної практики — сімейної медицини.

ЗОЗ – заклад охорони здоров'я.

КНП – комунальні некомерційні підприємства.

МОЗ – Міністерство охорони здоров'я України.

НСЗУ – Національна служба здоров'я України.

ОТГ – об'єднана територіальна громада (спеціальне адміністративно-територіальне утворення, що утворювалося в Україні під час реформи децентралізації у 2015–2020 роках шляхом добровільного об'єднання суміжних територіальних громад сіл, селищ, міст.

ТГ – територіальна громада (жителі, об'єднані постійним проживанням у межах села, селища, міста, що є самостійними адміністративно-територіальними одиницями, або добровільне об'єднання жителів кількох сіл, селищ, міст, що мають єдиний адміністративний центр). Утворенні 12 червня 2020 року 24 розпорядженнями Кабінету Міністрів України, що визначила адміністративні центри та затвердили території громад областей.

ПМД – перша медична допомога.

ФОП – фізична особа – підприємець.

ЦПМСД – центр первинної медико-санітарної допомоги.

ВСТУП

Реформування адміністративно-територіального устрою засноване на засадах децентралізації, субсидіарності, балансу загальнодержавних інтересів з інтересами населення регіонів та територіальних громад, їх спроможності й самостійності щодо вирішення актуальних питань, у тому числі і надання населенню території якісних медичних послуг. Медична реформа також є однією з найочікуваніших серед населення України. Її втілення особливо актуалізується в період боротьби з епідемією COVID-19.

В рамках медичної реформи та децентралізації місцеве самоврядування отримало більшу фінансову самостійність та дещо розширені повноваження у сфері охорони здоров'я. Воно має вплив на кадрове забезпечення, створення, закриття, реорганізацію чи перепрофілювання закладів охорони здоров'я. Тому місцеві громади мають використати закладені в законодавстві механізми та не чекаючи вказівок «зверху» розбудовувати найкращу для своїх мешканців мережу медичних закладів «знизу».

Тривалий час сільська медицина в Україні знаходилася у критичному стані, адже її проблеми не вирішувалися десятиліттями. Жителі сільських місцевостей потерпали від відсутності якісного медичного обслуговування. Підвищити рівень медичних послуг сільським мешканцям, яких у державі понад 13,1 млн. покликана реформа охорони здоров'я, яка розпочалася у січні 2018 року.

Первинна медична допомога це основа системи охорони здоров'я, на її базі здійснюється профілактика та виявлення різноманітних захворювань. Без такої допомоги не можливе своєчасне виявлення тяжких захворювань, саме тому на сьогодні є актуальним питання покращення роботи лікарів первинної медицини та зміна підходів у організації управління закладами охорони здоров'я у тому числі й в сільській місцевості.

Держава повинна сприяти покращенню якості діяльності своїх медичних закладів не тільки в містах, але й в селах.

Метою роботи стало дослідження законодавчої бази щодо участі органів місцевого самоврядування у реформуванні сфери охорони здоров'я та, на основі аналізу позитивного й негативного досвіду Кіровоградської області, розробити пропозиції, спрямовані на їх вдосконалення. Для виконання даної роботи були поставлені наступні завдання:

- здійснити огляд теоретичних аспектів та законодавчої бази повноважень органів місцевого самоврядування у реформуванні сфери охорони здоров'я;
- визначити особливості територіальної реформи щодо фінансування медичних бюджетів;
- окреслити заходи з підвищення якості надання медичних послуг на первинному рівні та розкрити хід й перспективи реформування вторинної ланки надання медичної допомоги;
- проаналізувати зміст регіонального досвіду та проблем реалізації медичної реформи в Кіровоградській області;
- розробити пропозиції та рекомендації щодо шляхів удосконалення правових та організаційних засад діяльності органів місцевого самоврядування у сфері охорони здоров'я.

Для реалізації поставлених мети та завдань використано сукупність загальних та спеціальних методів наукового пізнання. Формально-юридичний метод допоміг визначити систему нормативно-правових актів, що регулюють відносини у сфері забезпечення охорони здоров'я. Метод системного аналізу та порівняльно-правовий метод дозволили виявити переваги та проблемні питання, що виникають в процесі взаємодії органів місцевого самоврядування і ЗОЗ. Статистичний – дав можливість дослідити кількісні параметри досліджуваного питання. Метод узагальнення застосовано при визначенні пропозицій і рекомендацій щодо шляхів удосконалення правових та організаційних засад сфери охорони здоров'я.

На основі законодавчої бази, розглянуті можливості нової системи фінансування для органів місцевого самоврядування по підвищенню якості надання медичних послуг. Вперше проведено аналіз реформування закладів

охорони здоров'я на рівні ТГ в межах Кіровоградської області та визначено проблеми, що гальмують або уповільнюють реалізацію реформування медичної системи України на регіональному рівні.

Робота носить теоретичний характер, однак містить пропозиції покращення системи охорони здоров'я для вирішення проблем виявлених під час опитування (Додаток А, Б). Дослідження в подальшому може бути використане для підготовки безпосередніх, обґрунтованих законодавчих ініціатив, що мають на меті удосконалення правових та організаційних засад діяльності органів місцевого самоврядування у сфері охорони здоров'я.

РОЗДІЛ 1

ТЕОРЕТИЧНІ ЗАСАДИ ПРАВОВОГО РЕГУЛЮВАННЯ ПОВНОВАЖЕНЬ ОРГАНІВ МІСЦЕВОГО САМОВРЯДУВАННЯ ТА РЕФОРМУВАННЯ НАДАННЯ МЕДИЧНИХ ПОСЛУГ

1.1 Наукова проблематика обґрунтування медичної реформи

Впродовж останнього десятиліття проблема реформування медичної сфери стала предметом дослідження багатьох українських учених, зокрема, Гомон Д.О. [48], Аксютіної А.В. [38], Сазонець І.Л. [85], Леоненко Т.Є. [65], Горин В.П. [49], Криничної І.П. [64] та ін.

Аналізу впровадження нової реформи в медичній галузі присвячена стаття Аксютіної А.В., Сердюкової Н.В. «Медична реформа в Україні: особливості впровадження» [38], яка визначає переваги та недоліки реформування медичної системи. Авторами статті здійснено спробу спрогнозувати можливі проблемні ситуації в яких можуть опинитися основні учасники реформи в процесі її реалізації.

Цікавою для розуміння особливостей сучасного стану системи охорони здоров'я є спільна публікація науковців Сазонець І.Л. та Зими І. Я. «Визначення проблем та основних напрямів реформування системи охорони здоров'я України»[85] , яка акцентує увагу на якісних перетвореннях у галузі медицини. Не менш важливою для розкриття змін, які виникли в процесі проведення першого етапу медичної реформи є стаття Беланюк М.В., Радзієвської О.Г., Маньгори Т.В. «Трансформація системи охорони здоров'я в Україні» [41]. Автори публікації зосереджують увагу на низці проблемних питань, які виникають при реалізації реформи, зокрема на тому, що населення країни недостатньо поінформовано про зміни в системі охорони здоров'я; неефективність програми реімбурсації лікарських засобів; скорочення витрат державного бюджету на забезпечення системи охорони здоров'я та інші. Аналізу впровадження нової реформи присвячена стаття Коломієць О.О. «Система охорони здоров'я в Україні: недоліки організації та ризики

реформування» [62], яка визначає плюси та мінуси реформування медичної системи.

Значним доробком у висвітленні першого етапу змін у медичній сфері є праця Шатковського Я. «Роль української медичної реформи в модернізації первинної ланки надання медичної допомоги» [97], в якій автор позитивно оцінює запроваджений принцип «гроші йдуть за пацієнтом», вважаючи його економічним стимулом для лікарів. Крім цього, науковець переконаний, що до проведення реформи необхідно залучати юристів, які спеціалізуються на питаннях правового регулювання медичної діяльності.

Крім вищезазначених учених, дослідженням основних особливостей проведення реформи медичного сектору займався Ямненко Т.М., який у своїй статті «Медична реформа: реалії України та міжнародний досвід» [104] пропонує створити Національну агенцію контролю якості (за прикладом інших країн), яка була б не підпорядкованою МОЗ та укомплектованою фаховими експертами.

Вивченням нормативно-правового забезпечення медичної галузі в період її реформування займалася Молень І. О. [73] та Пашков В.М. [80] Науковці у своїх публікаціях наголошують на необхідності удосконалення та приведення у належну відповідність законодавчих актів України.

Проблемами охорони здоров'я попередніх років незалежної України займалися Ціборовський О.М., Лисенко П.М. [95], Дубінський С.В. [56] Зокрема, науковець Дубінський С.В. у своїх дослідженнях особливу увагу звернув на систему якості медичної допомоги як показника рівня наданих послуг та її постійного вдосконалення шляхом проведення опитування пацієнтів.

Серед науковців, які займалися дослідженням реалізації державної політики у сфері охорони здоров'я в Україні слід виділити Гладуна З.С. та його змістовну монографію «Державна політика охорони здоров'я в Україні (адміністративно-правові проблеми формування і реалізації)» [46], значна частина якої присвячена правам та інтересам людини у сфері охорони здоров'я.

В праці здійснено аналіз інституційного механізму формування і реалізації державної політики охорони здоров'я, зазначено різні види відповідальності, які настають за порушення у медичній сфері.

Колективна монографія Радиша Я.Ф., Бахтеєвої Т.Д., Білинської М.М., «Державне управління охороною здоров'я в Україні: генеза і перспективи розвитку»[54] розкриває етапи розвитку державного управління охороною здоров'я в Україні в різні періоди та питання регіональних особливостей медико-демографічної ситуації в нашій країні. Науковцями окреслено перспективи розвитку державного управління охороною здоров'я, наголошено на важливості подальшого застосування інформаційних технологій у різних сферах медицини.

Вивченням питання порушення прав пацієнтів детально займалася Головачова К.Г. [47], яка у своїх наукових роботах вказує на випадки розбіжностей між передбаченими законодавством правами пацієнтів та реалізацією їх на практиці. Найчастіше порушуються, на думку автора, такі права: право на отримання інформації щодо стану свого здоров'я, на вибір методів лікування, лікаря та лікувальних закладів. у даному напрямку працювали й такі фахівці як Леоненко Т.Є., Петльова О.Т., які в статті «Права пацієнтів в Україні та гарантії їх реалізації» [65], виокремлюють проблеми вітчизняної медицини: українське законодавство не містить загального визначення поняття «пацієнт»; недосконалий судовий захист.

Булеца С.Б. [43] досліджуючи питання прав та обов'язків суб'єктів медичної діяльності поділяє їх на абсолютні та відносні. Колектив авторів Анталовці О.В., Сухан В.С., Блага О.С. [39] у своїй праці визначили сутність та зміст прав пацієнтів та надали пропозиції щодо вдосконалення медичного законодавства.

Не менш важливою для дослідження даної частини проблеми є стаття Шишацької Н. Ф. «Права пацієнтів у міжнародних документах» [98], яка говорить про важливість впровадження європейських стандартів прав пацієнтів у вітчизняне законодавство. Подібну думку висловлює науковець

Яременко Н. В. «Механізми забезпечення та захисту прав пацієнтів в Україні» [105], яка звернула увагу на недосконалість сучасної правової системи у сфері медицини та необхідності гармонії стандартів та механізмів забезпечення права пацієнтів з міжнародними нормативно-правовими актами. Крім цього, вагомий внесок у розуміння відповідності українського медичного законодавства європейським документам по захисту прав людини зробила Дутчак С. у своїй праці «Європейський вимір та вітчизняні реалії нормативного забезпечення прав пацієнтів в Україні». [57]

Багато фахівців зверталось до вивчення досвіду проведення медичної реформи за кордоном, зокрема Костюк В.С. [63], Муляр Г. [74], Західна О.Р. [58], Фірсова О.Д. [94]. У праці Муляр Г. «Зарубіжний досвід функціонування системи охорони здоров'я в контексті забезпечення реалізації права на охорону здоров'я» [74] наведено успішний досвід проведення реформ у медичній галузі в таких країнах світу як Японія, США, Нідерланди, Австралія та Швейцарія, де діє страхова медицина. Дослідниця виділяє три види медичного страхування: державне медичне страхування, приватне медичне страхування й змішане медичне страхування.

Серед публікацій з окресленої проблематики слід відзначити роботи Костюка В.С. [63], та Лободіної З.М. [67], які проаналізувавши досвід організації медичної сфери провідних країн світу дійшли висновку про те, що Україні найбільше підходить британська модель розвитку охорони здоров'я, як одна із найефективніших у світі. Лободіна З.М. переконана, що Україна не готова до страхової медицини.

Не менш актуальною та цікавою у вивченні даного питання є робота Фірсової О.Д. «Система охорони здоров'я Норвегії, особливості організації на муніципальному рівні: досвід для України» [94]. Авторка переконана, що в першу чергу реформування в охороні здоров'я України має розпочатися саме з первинної медико-санітарної допомоги, до якої завжди звертається переважна більшість населення.

Заслуговують також на увагу і праці Криничної І.П. [64] та Бурбелі А.Л. [44], які вивчали досвід країн колишнього Радянського Союзу. Науковці дійшли висновку про те, що виявлені проблеми мають схожий із Україною характер і нашій державі необхідно орієнтуватися саме на їхній досвід проведення реформ.

Вивченням важливих аспектів медичного обслуговування сільського населення в Україні активно займається Юристовська Н. Я. В своїх дослідженнях «Теоретичні аспекти державного забезпечення рівних можливостей доступу до медичних послуг та доступності медичного обслуговування сільського населення» [100] та «Напрямки державного забезпечення рівноправності у доступі до медичних послуг сільського населення у процесі реформування системи охорони здоров'я» [101] науковиця вказує на дискримінацію сільських жителів щодо доступності медичного обслуговування, яку можливо вирішити шляхом забезпечення механізмів взаємодії органів державної влади в сфері охорони здоров'я з територіальними громадами.

Не менш актуальною та цікавою у вивченні даного питання є стаття Чкан І.О. «Стратегічні реформи України – медицина в селі» [96]. В зазначеній праці розкрито основні напрями реформування галузі охорони здоров'я, зокрема перспективи розвитку медицини на селі.

Колектив дослідників Лисенко Г.І., Слабкий Г.О., Закревська С.О. [66] вивчаючи питання щодо розвитку первинної медико-санітарної допомоги в Україні за 2007–2011 рр., зазначають, що в організації даного напрямку є невирішеність соціальних проблем сільських медиків, а причина цього – неефективне використання ресурсів галузі.

Важливою для розуміння умов проведення медичної реформи є стаття Західної О.Р., Мидлик Ю.І. «Медична реформа в умовах децентралізації влади в Україні» [58] про невирішені проблеми, які існують в медичній сфері. В статті підкреслено, що реформа охорони здоров'я не може обмежитися лише зміною її

організації та структури. Автори вважають за необхідне звертати велику увагу на фінансове забезпечення та доцільність використання виділених коштів.

Ряд робіт науковців присвячено взаємозв'язку медичної реформи та децентралізації: методичне забезпечення комунальних некомерційних підприємств (КНП) [72; 77; 89], проблеми впровадження госпітальних округів [87; 88], рекомендації місцевим адміністраціям для подальшої оптимізації мережі ПМД [53], приклади активного включення громад у процеси розвитку медицини [78; 79].

Аналітичний огляд джерельної бази дослідження свідчить про актуальність даної проблеми. Разом з тим, дослідження наукової літератури дали можливість констатувати: бракує узагальнюючих теоретичних праць, що окреслювали б особливості правових механізмів взаємодії органів місцевого самоврядування із закладами охорони здоров'я та системних досліджень регіонального досвіду Кіровоградської області. Кіровоградська область лише згадується в окремих статтях та загальноукраїнських дослідженнях. Незважаючи на велику кількість наукових доробок у сфері правового регулювання медичної галузі, поза увагою вітчизняних дослідників залишаються питання ґрунтового аналізу стану надання медичних послуг сільському населенню.

1.2 Аналіз нормативно-правових актів, що лежать в основі реформування медичної галузі

Законодавче регулювання охорони здоров'я опирається на Конституцію України, яка гарантує кожному право на охорону здоров'я, медичну допомогу та медичне страхування [1].

У 2018 році в Україні розпочалася масштабна поетапна трансформація медичної сфери. На даний час завершено реформування первинної ланки медицини (в тому числі і в селі) як найважливішого елемента національної системи охорони здоров'я.

Для реалізації реформи охорони здоров'я було прийнято ряд нормативно-правових актів. Зокрема, ще 30 листопада 2016 року Кабінет Міністрів України схвалив Концепцію реформи охорони здоров'я. Основою зазначеного документу стали «Стратегії реформування охорони здоров'я в Україні на 2015-2020 роки» [25], підготовлені Стратегічною дорадчою групою при МОЗ України в 2014 році.

Особливе місце в системі законодавчого регулювання охорони здоров'я займають Конституція України [1], Цивільний кодекс України [4], які регламентують права пацієнтів.

6 листопада 2017 року введено в дію Закон України від 6 квітня цього року № 2002 «Про внесення змін до деяких законодавчих актів України щодо удосконалення законодавства з питань діяльності закладів охорони здоров'я» [10], за яким змін зазнав Закон України «Основи законодавства України про охорону здоров'я». Мета прийняття вище зазначеного закону – змінити фінансування закладів охорони здоров'я, яким передбачено перехід від фінансування ліжка-місця до фінансування медичної послуги для конкретного пацієнта.

Було введено поняття «послуга з медичного обслуговування населення» (медична послуга) та положення, відповідно до яких за організаційно-правовою формою ЗОЗ комунальної власності можуть утворюватися та функціонувати як комунальні некомерційні підприємства (КНП). Для реалізації нової моделі фінансування створено Національну службу здоров'я України (НСЗУ) в ролі єдиного національного замовника медичних послуг та лікарських засобів за програмою медичних гарантій [23]. Фінансування (утримання) комунальних підприємств відбувається спільно з територіальними громадами, як суб'єктами співробітництва.

Закон України «Основи законодавства України про охорону здоров'я» [13] доповнено поняттям «послуга з медичного обслуговування населення» (медична послуга) та положеннями, відповідно до яких за організаційно-правовою формою заклади охорони здоров'я комунальної власності можуть

утворюватися та функціонувати як комунальні некомерційні підприємства або комунальні установи, а державної власності – як казенні підприємства або державні установи.

Ключовим документом, що регулює систему охорони здоров'я є Закон України «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення» [15] прийнятий 19 жовтня 2017 року, який чітко визначає фінансові гарантії надання необхідних пацієнтам послуг медичного обслуговування та лікарських засобів за рахунок держави. В Законі визначені терміни, що використовуються у процесі реалізації медичної реформи. Виділимо наступні: програма державних гарантій медичного обслуговування населення, електронна система охорони здоров'я, медичні записи, надавачі медичних послуг, реімбурсація, тариф, Уповноважений орган та інші. Загалом визначені перелік та обсяг медичних послуг та лікарських засобів, що гарантовані державою, передбачено впровадження автоматизації обліку медичних послуг та управління медичною інформацією, уніфікація інформації щодо медичного обслуговування пацієнта. Закон виокремлює права та обов'язки пацієнтів під час взаємодії з державою.

Урядом унормовано деякі питання щодо договорів про медичне обслуговування населення за програмою медичних гарантій. Відповідно до частини сьомої статті 8 Закону України «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення» затверджено порядок укладення, зміни та припинення договорів про медичне обслуговування населення за програмою державних гарантій медичного обслуговування населення, типову форму такого договору. Документ встановлює для закладів охорони здоров'я та фізичних осіб-підприємців, які отримали ліцензію на здійснення господарської діяльності з медичної практики, можливості для співпраці з Національною службою здоров'я України (НСЗУ) у сфері надання медичних послуг. На нашу думку, прийняття зазначених актів сприятиме якісному контролю за наданням медичних послуг та їх оплатою.

Складовою частиною реформи охорони здоров'я стала розробка та впровадження Закону України «Про підвищення доступності та якості медичного обслуговування у сільській місцевості» від 14 листопада 2017 року [20], який спрямований на покращення стану медицини в селі. Вважаємо, що даний нормативний документ є важливим елементом загального процесу якісного перетворення вітчизняної медицини. Загально відомий факт – небажання кваліфікованих кадрів залишатися в сільській місцевості є важливою проблемою і впровадження реформ покликане покращити дану ситуацію шляхом застосування телемедицини.

Для ефективного функціонування первинної ланки медицини в рамках реформи було розроблено та ухвалено низку нормативних документів. Зокрема, 23.03.2018 року набув чинності наказ Міністерства охорони здоров'я України від 19.03.2018 р. № 503 «Про затвердження Порядку вибору лікаря, який надає первинну медичну допомогу, та форми декларації про вибір лікаря, який надає первинну медичну допомогу» [26]. Вказаний нормативно-правовий акт дає визначення поняттю «Декларація про вибір лікаря», а також, наводить правила вибору, зміни та відмови від лікаря, який надає первинну медичну допомогу, правила заповнення, подання, припинення та тимчасового призупинення дії Декларації.

01 липня 2018 року ввійшов у дію наказ Міністерства охорони здоров'я № 504 «Про затвердження порядку надання первинної медичної допомоги» [27] від 19.03.2018 року, який визначив основні засади (перелік послуг, правила та порядок надання первинної медичної допомоги) діяльності первинної ланки медицини. Крім цього, зазначений документ регламентує роботу терапевтів, педіатрів та сімейних лікарів та встановлює оптимальний обсяг практики для даного кола медичних фахівців.

25 квітня 2018 року уряд прийняв постанову № 411 «Деякі питання електронної системи охорони здоров'я» [28], якою затвердив Порядок функціонування електронної системи охорони здоров'я. Дана постанова дозволяє забезпечити пацієнтам можливість використання електронних сервісів

для реалізації їх прав за програмою державних гарантій медичного обслуговування населення. Наказом Міністерства охорони здоров'я України від 28 лютого 2020 року № 587 визначено Порядок ведення Реєстру медичних записів, записів про направлення та рецептів в електронній системі охорони здоров'я [29].

Перелік та обсяг медичних послуг та ліків, які гарантуються населенню та оплачуються з державного бюджету на основі єдиних національних тарифів визначені Постановою Кабінету Міністрів України від 5 лютого 2020 р. № 65 «Порядок реалізації програми державних гарантій медичного обслуговування населення у 2020 році».[30]

Отже, у зв'язку з проведеною реформою законодавство України у сфері охорони здоров'я поповнилося новими нормативно-правовими актами, які регулюють відносини між споживачами та надавачами медичних послуг. Основним документом, який дав старт медичній реформі на селі є Закон України «Про підвищення доступності та якості медичного обслуговування у сільській місцевості».

Органи місцевого самоврядування територіальних громад вносять пропозиції щодо потреби у медичних працівниках, залучають громадськість до розгляду питань щодо підвищення доступності та якості медичного обслуговування. Складовою частиною реформи охорони здоров'я стала розробка та впровадження Закону України «Про підвищення доступності та якості медичного обслуговування у сільській місцевості» [20].

У Концепції реформи фінансування системи охорони здоров'я схваленій розпорядженням Кабінету Міністрів України була закладена норма, за якою органи місцевого самоврядування отримують можливість спрямовувати кошти місцевого бюджету на управління та розвиток комунальних ЗОЗ, зокрема на придбання медичного обладнання та інші капітальні видатки [11]. Крім того, територіальна громада зможе витратити кошти місцевих бюджетів на оплату для мешканців громади додаткових медичних послуг, що на даний час не

входять до державного гарантованого пакета медичної допомоги (тобто розвиток медичного обслуговування).

Органи місцевого самоврядування у межах своєї компетенції можуть фінансувати програми розвитку та підтримки комунальних ЗОЗ, зокрема щодо оновлення матеріально-технічної бази, капітального ремонту, реконструкції, підвищення оплати праці медичних працівників (програми «місцевих стимулів»), а також місцеві програми надання населенню медичних послуг, місцеві програми громадського здоров'я та інші програми в охороні здоров'я. З метою забезпечення прозорості та громадського контролю за діяльністю уповноваженого органу утворюється Рада громадського контролю [15].

Процес децентралізації у сфері охорони здоров'я також регулюється ст. 143 Конституції України, де визначено, що територіальні громади безпосередньо або через утворені ними органи місцевого самоврядування управляють майном, що є в комунальній власності [1]. Згідно з Законом України «Про місцеве самоврядування» [19] до повноважень місцевого самоврядування належать управління ЗОЗ, організація їх матеріально-технічного та фінансового забезпечення, організація медичного обслуговування та харчування в оздоровчих закладах, які належать територіальним громадам, забезпечення в межах наданих повноважень доступності та безоплатності медичного обслуговування на відповідній території, а також розвиток усіх видів медичного обслуговування, зокрема розвиток мережі ЗОЗ, сприяння підготовці та підвищенню кваліфікації спеціалістів. Територіальні громади беруть активну участь у розробленні планів спроможних мереж надання первинної медичної допомоги [16].

З 1 квітня 2020 року стартувала медична реформа на рівні вторинної (спеціалізованої) медичної допомоги. Програма медичних гарантій поширюється на ЗОЗ, які надають таку допомогу за договорами з НСЗУ. Одним з основних завдань цього етапу реформи стало формування госпітальних округів в усіх областях України. Було затверджено «Порядок створення госпітальних округів» та «Типове положення про госпітальну раду» [18]. Внесені зміни в «Основи законодавства України про охорону здоров'я»,

визначають госпітальний округ як сукупність ЗОЗ та фізичних осіб – підприємців, які зареєстровані в установленому законом порядку та одержали ліцензію на право провадження господарської діяльності з медичної практики, що забезпечують медичне обслуговування населення відповідної території [13].

Права українців в галузі охорони здоров'я захищені багатьма ратифікованими міжнародними документами, наприклад такими як: «Конвенція про захист прав людини та основоположних свобод» [9], «Європейська соціальна хартія (переглянута)» [7], «Міжнародний пакт про економічні, соціальні та культурні права» [12].

Закон України «Про реабілітацію у сфері охорони здоров'я» [21] запроваджує надання на високому рівні із самого початку захворювання пацієнта реабілітаційної допомоги, що функціонуватиме за принципами та стандартами Європейського Союзу. Також він узгоджує національну медичну термінологію з тією, яку використовує Всесвітня організація охорони здоров'я.

Децентралізація у сфері охорони здоров'я регулюється Конституцією України та Законом України «Про місцеве самоврядування», де визначено, що органи місцевого самоврядування управляють ЗОЗ, забезпечують їх фінансовими та матеріально-технічними ресурсами. Закон України «Про підвищення доступності та якості медичного обслуговування у сільській місцевості» розширив права органів місцевого самоврядування та залучення громадськості до цього питання. Основним завданням на рівні вторинної медичної допомоги стало формування госпітальних округів в усіх областях України.

Отже, медична реформа стартувала із прийняттям Закону України «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення» [15]. В Законі визначене право на вільний вибір лікаря на рівні першої медичної допомоги (ПМД), перелік та обсяг медичних послуг та лікарських засобів, що гарантовані державою, передбачено впровадження автоматизації обліку медичних послуг та управління медичною інформацією, уніфікація інформації щодо медичного обслуговування пацієнта. Закон доповнений рядом законодавчих актів, які регулюють вищезгадані положення.

Нова система фінансування конкретного пацієнта, право на вільний вибір лікаря на рівні ПМД, перелік та обсяг медичних послуг та лікарських засобів, що гарантовані державою, підвищує роль органів місцевого самоврядування та громад в управлінні ЗОЗ та має на меті підвищення економічної ефективності використання наявних ресурсів.

РОЗДІЛ 2

ЗАКОНОДАВЧЕ ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ ТА МЕХАНІЗМИ ЗАХИСТУ ПРАВ ПАЦІЄНТІВ В УКРАЇНІ ТА МІЖНАРОДНО-ПРАВОВОМУ ВИМІРІ

2.1 Європейська хартія прав пацієнтів і українське законодавство: спільні та відмінні риси

Україна є правовою державою, в якій на законодавчому рівні визнано найвищою соціальною цінністю людину, її життя та здоров'я. [1] Тобто саме вона має гарантувати та забезпечувати права громадян, у тому числі й права пацієнтів. На даний час в нашій країні немає спеціалізованого законодавчого акту, який би систематизував та розширював права пацієнтів. Хоча в 2003, 2005 та в 2013 роках були розроблені проекти Закону України «Про права пацієнтів», але на жаль, закон так і не прийняли.

Найбільш широкий перелік прав пацієнтів визначається Законом України «Основи законодавства України про охорону здоров'я».

При дослідженні даного питання варто звернути увагу на міжнародні документи, які Україна має враховувати при розробці законодавства. Тому існує потреба у з'ясуванні відповідності вітчизняного законодавства міжнародним нормам. Для порівняння ми взяли один з основних документів у питанні про права пацієнтів – Європейську хартію прав пацієнта від 15 листопада 2002 року [8], яка до цього часу не ратифікована нашою державою.

При запровадженні реформ у галузі охорони здоров'я важливим є дотримання європейських політико-правових актів у даній сфері. Зокрема, Європейської хартії прав пацієнта [8], Європейської Соціальної хартії [7], Лісабонської декларації про права пацієнта, Конвенції про права людини та біомедицину [9]. Відповідно до зазначених документів, основоположними принципами актів є повага до людської гідності, самовизначення, фізична та психічна недоторканність і захист, повага до конфіденційності, повага до моральних, культурних та релігійних цінностей, можливість захисту власного

здоров'я на тому рівні, наскільки це дозволяють наявні заходи лікування та профілактики хвороби, а також можливість досягнення для себе найвищого рівня здоров'я.

Вказані міжнародні акти містять положення, які Україна має враховувати у нормотворенні. Тому існує потреба у з'ясуванні відповідності розпочатої медичної реформи міжнародним документам. Зазначені документи можуть слугувати інструментом гармонізації національних систем охорони здоров'я щодо дотримання прав пацієнтів.

Важливим кроком у розвитку міжнародних стандартів забезпечення захисту права на здоров'я людини стало ухвалення у 2002 році Європейської хартії прав пацієнтів [8], яка до цього часу не ратифікована нашою державою.

Відповідно до статті 2 Європейської хартії за пацієнтами закріплене право на доступність (медичних послуг), які регламентується наступним чином «Кожен має право на доступність медичних послуг, яких він/вона потребує за станом здоров'я. Медичні служби мають гарантувати рівний доступ для всіх без дискримінації за ознаками наявності фінансових ресурсів, місця проживання, виду захворювання або часу звернення за допомогою». Із запровадженням медичної реформи на першому етапі для громадян України з'явилася можливість безкоштовно звертатися до свого сімейного лікаря або педіатра чи терапевта. Їхні медичні послуги оплачує Національна служба здоров'я. Другий етап реформи передбачає, що безкоштовною стала швидка та екстрена медична допомога. Також з 1 квітня 2020 року безкоштовно можна отримати певний перелік медичних послуг. Але за умови, що спочатку пацієнт звернеться до сімейного лікаря, терапевта, педіатра і отримає направлення до вузького спеціаліста.

Стаття 3. Європейської хартії містить право пацієнта на інформацію: «кожен має право на отримання будь-якої інформації про свій стан здоров'я, про медичні послуги (і способи отримання цих послуг), а також про все, що доступно завдяки науково-технічному прогресу». [8] Право на інформовану згоду, зазначене у ст. 4 Європейської хартії, тлумачиться так: «кожен має право

на отримання будь-якого виду інформації, яка допоможе йому/їй активно брати участь у прийнятті рішень щодо свого здоров'я; ця інформація є обов'язковою попередньою умовою проведення будь-якої процедури і лікування, включаючи участь у наукових дослідженнях». В рамках проведення реформи з 2020 року було введено в дію реєстр медичних записів, записів про направлення та рецептів в електронній системі охорони здоров'я. Завдяки даному реєстру, громадянин має змогу в будь-який час переглянути зведену медичну інформацію, щодо стану свого здоров'я.

В ст. 39 «Основи законодавства України про охорону здоров'я» проголошено, що пацієнт, який досяг повноліття, має право на отримання повної і достовірної інформації у доступній формі про стан свого здоров'я, в тому числі на ознайомлення з відповідними медичними документами, що стосуються його здоров'я. До настання повноліття таким правом володіють батьки (усиновлювачі), опікун або піклувальник дитини або підопічного. Єдиним обмеженням у такому праві є підстави вважати, що така інформація може стати причиною погіршення стану здоров'я пацієнта або зашкодити процесу лікування. [13]

Право на інформовану згоду, зазначене у ст. 4 Європейської хартії, тлумачиться так: «кожен має право на отримання будь-якого виду інформації, яка допоможе йому/їй активно брати участь у прийнятті рішень щодо свого здоров'я; ця інформація є обов'язковою попередньою умовою проведення будь-якої процедури і лікування, включаючи участь у наукових дослідженнях». [8] У Законі України «Основи законодавства України про охорону здоров'я» дане право регулюється обов'язком надання пацієнту медичної інформації в цілому та отримання безпосередньо згоди пацієнта на медичне втручання. Медичний працівник зобов'язаний надати пацієнтові в доступній формі інформацію про стан його здоров'я, мету проведення запропонованих досліджень і лікувальних заходів, прогноз можливого розвитку захворювання, в тому числі наявність ризику для життя і здоров'я. [13]

Європейська хартія закріплює за пацієнтом право на профілактичні заходи. В ст. 1 вказано, що «кожна людина має право на належне медичне обслуговування, спрямоване на попередження захворювання». [8] «Основи законодавства України про охорону здоров'я» проголошують право пацієнта на застосування методів профілактики, які допускаються до застосування лише в тому разі, коли не можуть завдати шкоди здоров'ю хворого. [13] Право на доступність медичних послуг у даному міжнародному акті визначено так: «кожен має право на доступність медичних послуг, яких він/вона потребує за станом здоров'я. Медичні служби мають гарантувати рівний доступ для всіх без дискримінації за ознаками наявності фінансових ресурсів, місця проживання, виду захворювань або часу звернення за допомогою». [8] Вітчизняне законодавство визнає за пацієнтом право на безоплатну допомогу в державних і комунальних закладах охорони здоров'я й ефективне і доступне медичне обслуговування, право на кваліфіковану медичну допомогу, включаючи вільний вибір лікаря, вибір методів лікування відповідно до його рекомендацій і закладу охорони здоров'я регламентовано в ст. 6 «Основ законодавства України про охорону здоров'я». [13]

Європейська хартія містить також і право пацієнта на свободу вибору (стаття 5 Європейської хартії), яке полягає у тому, що: «Кожен має право на свободу вибору між різними медичними процедурами та закладами (фахівцями) на підставі адекватної інформації».[8] Відповідне право міжнародного документу прослідковується у нововведені медичної реформи, зокрема, пацієнт реалізує своє право на вибір лікаря шляхом подання надавачу медичних послуг декларації про вибір лікаря, який надає первинну медичну допомогу. Надавачам медичних послуг забороняється відмовляти у прийнятті декларації про вибір лікаря, який надає первинну медичну допомогу, та веденні пацієнта, зокрема, на підставі наявності у пацієнта хронічного захворювання, його віку, статі, соціального статусу, матеріального становища, зареєстрованого місця проживання тощо, крім випадків, передбачених законодавством. Право

громадян вільно обирати собі лікаря закріплене і в Лісабонській декларації прав пацієнтів.

Отже, пацієнт має право на вільний вибір лікаря, вибір методів лікування відповідно до його рекомендацій і закладу охорони здоров'я. Зокрема дане право пацієнта прописано і в законодавстві України: кожен пацієнт, який досяг чотирнадцяти років і звернувся за наданням йому медичної допомоги, має право на вільний вибір лікаря, якщо останній може запропонувати свої послуги, та вибір методів лікування відповідно до його рекомендацій. [13]

У стаття 6 Європейської хартії закріплене право пацієнта на приватність і конфіденційність: «кожен має право на конфіденційність особистої інформації, включаючи інформацію про свій стан здоров'я і можливі діагностичні чи терапевтичні процедури, а також на захист своєї приватності під час проведення діагностичних оглядів». [8] Крім цього, дане право закріплене і в Лісабонській декларації про права пацієнта та положеннях статті 5-9 Конвенції про права людини та біомедицину 1997 року, за яким пацієнт має право на таємницю інформації про стан свого здоров'я. З 2018 року в Україні в рамках медичної реформи була запроваджена електронна система охорони здоров'я e-Health, яка містить персональні дані пацієнтів. Доступ до яких можливий лише у разі отримання згоди такого пацієнта (його законного представника) у письмовій формі або у формі, що дає змогу зробити висновок про надання згоди. Без згоди доступ до інформації про пацієнта можливий у випадках: наявності ознак прямої загрози життю пацієнта; за умови неможливості отримання згоди такого пацієнта чи його законних представників (до часу, коли отримання згоди стане можливим); за рішенням суду.

Тобто пацієнт має право на таємницю інформації про стан свого здоров'я. Право пацієнта на приватність і конфіденційність в Україні регулюється одразу декількома статтями «Основ законодавства України про охорону здоров'я». Згідно зі ст. 391 пацієнт має право на таємницю про стан свого здоров'я, факт звернення за медичною допомогою, діагноз, а також про відомості, одержані при його медичному обстеженні. Забороняється вимагати та надавати за місцем

роботи або навчання інформацію про діагноз та методи лікування пацієнта. Також права пацієнта на конфіденційність регулюються ст. 40 та п. «г» ст. 78 «Основ законодавства України про охорону здоров'я». [13]

Європейська хартія прав пацієнтів містить право на повагу до часу пацієнтів, яке визначене у статті 7 і полягає воно у тому, що: «кожен має право на отримання необхідного лікування без зволікань, протягом наперед встановленого строку. Це право відноситься до кожного етапу лікування». [8] На відміну від зазначеного вище міжнародного документу законодавство України не містить даного права. Перетворення в медичній сфері передбачають запис на прийом до сімейних лікарів у режимі онлайн і завдяки цьому витрачається менше часу у чергах, але треба врахувати і той факт, що не всі громадяни мають доступ до Інтернет-мережі.

Європейська хартія прав пацієнтів встановлює право на дотримання стандартів якості: «кожен має право на доступність якісного медичного обслуговування на основі специфікації і в точній відповідності до стандартів». [8] Пацієнт має право на кваліфіковану медико-санітарну допомогу. Одним з основних принципів охорони здоров'я в Україні у ст. 4 «Основ законодавства України про охорону здоров'я» прописано орієнтацію на сучасні стандарти здоров'я та медичної допомоги, поєднання вітчизняних традицій і досягнень із світовим досвідом у сфері охорони здоров'я. [13]

Право на безпеку, закріплене статтею 9 Європейської хартії, полягає у тому, що: «кожен має право на свободу від шкоди, заподіяної неналежним функціонуванням системи охорони здоров'я, недбалістю та помилками медпрацівників, а також право на доступність медичних послуг і лікувальних процедур, які відповідають високим стандартам безпеки». [8] Пацієнт має право на медичне втручання, яке допускається лише у тому разі, коли воно не може завдати шкоди здоров'ю. Це право пацієнта регулюється ст. 42 «Основи законодавства України про охорону здоров'я», в якій описані загальні умови медичного втручання. Зокрема, медичне втручання (застосування методів діагностики, профілактики або лікування, пов'язаних із впливом на організм

людини) допускається лише в тому разі, коли воно не може завдати шкоди здоров'ю пацієнта. Медичне втручання, пов'язане з ризиком для здоров'я пацієнта, допускається як виняток в умовах гострої потреби, коли можлива шкода від застосування методів діагностики, профілактики або лікування є меншою, ніж та, що очікується в разі відмови від втручання, а усунення небезпеки для здоров'я пацієнта іншими методами неможливе. [13]

Передбачено Європейською хартією право пацієнта на інновацію: «кожен має право на доступність медичних інновацій (включаючи діагностичні процедури) відповідно до міжнародних стандартів і незалежно від економічних чи фінансових міркувань». Відповідно до ч. 1 ст. 45 «Основ законодавства України про охорону здоров'я», застосування медико-біологічних експериментів на людях в Україні допускається із суспільно корисних міркувань. [13]

Визначене у ст. 11 Європейської хартії право на запобігання стражданням і болю є правом пацієнта «за можливістю уникнути страждань і болю на кожному етапі свого захворювання». [8] Відповідне йому право в Україні міститься в Конституції України ст.3, 28 , згідно якими пацієнт не може бути підданий катуванню, жорстокому, нелюдському або такому, що принижує його гідність, поводженню чи покаранню. [1]

У ст. 12 Європейської хартії закріплене право пацієнта на індивідуальний підхід до лікування: «Кожен має право на діагностичні чи лікувальні процедури, по можливості адаптовані до його/її особистих потреб». [8] Відповідно до статей 6,38 «Основ законодавства України про охорону здоров'я» пацієнт має право на вибір методів лікування відповідно до рекомендацій лікаря. [13]

У ст. 13 Європейської хартії зафіксоване право пацієнта на подачу скарги, яке полягає у тому, що кожен у випадку заподіяння йому/їй шкоди має право скаржитись і право отримувати відповідь чи інший зворотний зв'язок. [8] Ст. 40 Конституції України містить право кожного громадянина нашої держави направляти індивідуальні чи колективні письмові звернення або звертатися

особисто до органів місцевого самоврядування, органів державної влади та посадових і службових осіб цих органів, що зобов'язує останніх, у свою чергу, розглянути дані звернення та надати обґрунтовану відповідь у встановлений законом строк. [1]

Право на компенсацію, гарантоване пацієнту ст. 14 Європейської хартії, визначене як «право на отримання протягом розумного короткого строку достатньої компенсації у випадку спричинення йому/їй фізичної (або моральної та психологічної) шкоди діями медичного закладу. [8] У ст. 6 «Основ законодавства України про охорону здоров'я» визначено, що кожний громадянин України має право на охорону здоров'я, що передбачає відшкодування заподіяної здоров'ю шкоди, оскарження неправомірних рішень і дій працівників, закладів та органів охорони здоров'я. [13]

У 2006 році Україна ратифікувала Європейську Соціальну хартію, чим взяла на себе зобов'язання дотримуватися норм хартії. Зокрема, стаття 13 говорить, що «будь-якій малозабезпеченій особі, яка неспроможна отримати достатніх коштів своїми власними зусиллями або з інших джерел, зокрема за рахунок допомоги по соціальному забезпеченню, має надаватись належна допомога, а у разі захворювання забезпечувався догляд, якого вимагає стан її здоров'я». [7]

Отже, медична реформа, яка почала діяти з 2018 року внесла якісні зміни у якість і доступність медичної допомоги для пацієнтів, але на жаль не врахувала усі європейські стандарти щодо реалізації прав пацієнтів, які визначені міжнародно-правовими актами.

Порівнявши права пацієнтів передбачені даним міжнародним документом з правами, що діють на території України, можемо помітити певну схожість. Лише за невеликим винятком – право на повагу до часу пацієнта, українське законодавство містить усі права пацієнтів передбачені Європейською хартією прав пацієнтів. Аналіз досліджень науковців, що займаються вивченням проблематики питань захисту прав пацієнтів дає можливість стверджувати, що найчастіше відбувається порушення таких прав пацієнтів як: право на

безоплатне отримання у державних та комунальних закладах охорони здоров'я медичної допомоги; право на безпеку і якість медичної допомоги; право обирати лікаря; право пацієнта на відкриту та конфіденційну інформацію про стан здоров'я; право пацієнта на вибір методів лікування. Саме тому є необхідність розглянути їх більш детально.

2.2. Міжнародний досвід забезпечення права на охорону здоров'я

Для ефективного та якісного реформування медичної галузі, Україна має враховувати міжнародний досвід провідних країн світу. На даний час існує декілька моделей функціонування системи охорони здоров'я за допомогою яких люди реалізують свої права на охорону здоров'я, доступу до медичної допомоги та лікування. Науковці визначають чотири основні види фінансування охорони здоров'я: державне, муніципальне, через обов'язкове і добровільне медичне страхування та змішана форма.

Важливо, що ці види у відокремленому вигляді практично не використовуються у жодній державі, але у деяких країнах вони займають домінуюче положення. Так, наприклад, в Англії, Швеції, Шотландії, Італії та Данії домінує державна система фінансування, а у Алжирі – муніципальна. В таких країнах, як Німеччина, Франція, Австрія, Бельгія, Нідерланди та Ізраїль переважає система медичного страхування, у той час, як у США має перевагу змішана форма фінансування медичної допомоги.

Наведені вище форми, і насамперед змішана, націлені на досягнення повної рівноваги між джерелами коштів, що витрачаються на охорону здоров'я, і ефективністю діяльності медичних закладів. [75]

З фінансової точки зору державна модель потребує менших витрат коштів. Змішана система побудована за такою схемою. Першу медичну допомогу пацієнтам надають сімейні лікарі. Коли сімейний лікар наполягає на госпіталізації, тоді вступає в дію друга ланка – лікарні, консультаційні пункти та діагностичні центри, які фінансуються зі страхових фондів.

Перехід від однієї системи до іншої – дуже складний і тривалий процес. Розглянемо основні види фінансування охорони здоров'я на прикладі окремих держав.

Шведська система охорони здоров'я виходить із засад доступності медичного обслуговування для всіх, незалежно від того, працюють вони чи ні. Головне — наявність громадянства цієї країни чи дозволу на перебування на її території на час праці. Шведський фонд охорони здоров'я на 80 відсотків поповнюється за рахунок внесків роботодавців, громадян та державних дотацій. Решту 20 відсотків становлять оплата пацієнтів та продаж послуг. Кожен місцевий роботодавець сплачує 32,8-відсотковий податок. Із них на медичну опіку йде лише 11,81 відсотка, решта з 20 із лишком відсотків потрапляють до пенсійного фонду, на страхування від нещасних випадків на виробництві та до інших обов'язкових фондів. Працівники вільних професій та люди, які є самі собі роботодавцями, теж сплачують податок роботодавця, але при цьому користуються системою пільг, згідно з якою він знижується з 32,8 до 26 відсотків.[63]

У Франції переважає система обов'язкового медичного страхування. Вони самі можуть вибирати лікарів, а вартість лікування майже повністю покривається за рахунок соціального страхування. Іншу частину оплачують завдяки соціальним гарантіям, передбаченим у колективних трудових угодах. Соціальне страхування здоров'я фінансується із внесків та спеціальних податків. До соцстраху відраховують 13,55 відсотка від загальної суми заробітної плати працівника, але це не означає, що гроші повністю вираховують з його зарплатні. Робітник платить лише 0,75 відсотка, а решту покриває роботодавець. Натомість із зарплатні працівника вираховують 6,2 відсотка на суспільний внесок та 0,5 відсотка — на повернення суспільного боргу. Окрім того, до фонду страхування здоров'я знімають фіксовану суму від кожної проданої пляшки міцного алкоголю та, віднедавна, з пачки цигарок.[74]

Вважається, що Бельгія має одну з найкращих систем охорони здоров'я у Європі. Медичне обслуговування тут є загальнодоступним та відносно дешевим

для всіх громадян, але дуже дорогим для роботодавців та платників податків. Бельгійську систему охорони здоров'я фінансують з централізованого Національного управління соціального страхування. Воно накопичує кошти, головним чином, за рахунок внесків роботодавців, робітників та пенсіонерів, а також бюджетних дотацій, частини прибутків від податку на додану вартість, 10-відсоткового відрахування з приватного страхування автомобілів та внесків фармацевтичних фірм. Та все ж найбільше коштів надходить завдяки медичному страхуванню. З приватних підприємств вираховують 37,94 відсотка від суми зарплати працівника, але сам робітник платить лише 13,07 відсотка, а решту — 24,87 відсотка — «тягне» роботодавець. Відрахування із зарплатні держслужбовців значно менші — 7,35 відсотка від своєї зарплати платить сам чиновник, а 3,8 відсотка за нього доплачує держава.

Сполучені Штати не мають гарантованої державою системи загального страхування здоров'я. Все тримається на системі приватного страхування, яка, втім, також забезпечує високий рівень медичного обслуговування. Уряд США гарантує медичне страхування лише для літніх та найбільш вразливих людей. Пенсіонери користуються коштами з фонду Medicare («Медична опіка»), а бідні — з фонду Medicaid («Медична допомога»). Усі інші американці повинні покладатися на надзвичайно складну систему приватних страховок, які оплачують або роботодавці, або самі зацікавлені, якщо вони ні від кого не залежать і працюють лише на себе. Мільйони американців мають лише часткове страхування, яке аж ніяк не покриває коштів на перебування у лікарні, ліки та медичні процедури й операції. [58]

У Великобританії використовується система бюджетного фінансування охорони здоров'я, що обумовлює його державний характер із великою ступінню централізації управління. Фінансовою основою Національної системи охорони здоров'я є надходження від податків, які складають 90% бюджету охорони здоров'я. Тільки 7,5% бюджету формується за рахунок внесків роботодавців. Таким чином, Національна система охорони здоров'я практично існує за рахунок коштів, що вносяться платниками податків та виділяються урядом на

охорону здоров'я зі статті затрат на соціальні потреби. У цілому, пацієнти платять 10% вартості лікування. Всі працюючі підлягають обов'язковому страхуванню здоров'я, за винятком непрацюючих, жінок у шлюбі, які можуть приєднатися до страхування за добровільними програмами. За рахунок цих коштів часто надаються фінансові допомоги по тимчасовій непрацездатності у зв'язку із хворобою. Уряд Великобританії пропонує стимулювати намагання Національної системи охорони здоров'я до підвищення ефективності надання медичних послуг за рахунок збільшення конкуренції між її різновидами. Приватне медичне страхування у Великобританії охоплює переважно ті сфери медичних послуг, що не забезпечуються Національною службою охорони здоров'я. Приватним та добровільним медичним страхування охоплено більше 13% населення.

У державі Ізраїль не має державної системи медичного обслуговування, 94% населення охоплене всебічним страхуванням здоров'я. В основному медичне страхування здійснюється в рамках медичного страхового фонду величезного профспілкового об'єднання Гістадруд (83% випадків), а також на базі інших фондів медичного страхування (17% випадків). Медичні заклади знаходяться у відомстві різних агентств, головними з яких, є Профспілки та уряд. У відомстві робочої профспілки Ізраїлю, Купат Халім, знаходяться найкращі в країні лікарі. У приватній власності знаходиться невелика кількість лікарень. Найбільша профспілка Ізраїлю є головним поставником медичних послуг через посередництво всезагального робочого фонду допомоги хворим. [74]

У Алжирі існують спеціальні муніципальні медичні заклади, що надають невідкладну медичну допомогу безкоштовно як громадянам Алжиру, так і іноземцям. Джерелами їх фінансування є муніципальні чи територіальні бюджети. Муніципальні лікарні розраховані на надання медичних послуг бідним верствам населення. Дані заклади мають низку проблем, серед яких: низька якість обслуговування; переповнення госпіталів; слабе забезпечення муніципальних медичних закладів медичним обладнанням та ліками; санітарні

умови в таких госпіталях не відповідають прийнятим нормам. В той же час в Алжирі існують приватні та відомчі медичні заклади, які надають медичну допомогу на платній основі.[58]

Отже, узагальнюючи вище викладене ми можемо зробити висновок, що найбільш поширеною для більшості країн є змішана форма фінансування. Вдалим є поєднання змішаної системи медичного страхування та фінансування з бюджету держави. Застосовуючи змішану систему медичного страхування, страхові внески сплачують держава, роботодавці та громадяни, але водночас необхідно забезпечити доступність медичної допомоги для непрацюючих громадян і соціально незахищених верств населення, через законодавче визначення гарантованого рівня безоплатного медичного обслуговування.

2.3 Гарантії прав пацієнтів в Україні

Україна є правовою державою, в якій на конституційному рівні визнано найвищою соціальною цінністю людину, її життя та здоров'я. [1] Тобто саме вона має гарантувати та забезпечувати права громадян, у тому числі й права пацієнтів. На даний час в нашій країні немає спеціалізованого законодавчого акту, який би систематизував та розширював права пацієнтів. Хоча в 2003, 2005 та в 2013 роках були розроблені проекти Закону України «Про права пацієнтів», але на жаль, закон так і не прийняли. Найбільш широкий перелік прав пацієнтів визначається Законом України «Основи законодавства України про охорону здоров'я» [13].

Аналіз досліджень науковців, що займаються вивченням проблематики питань захисту прав пацієнтів дає можливість стверджувати, що найчастіше відбувається порушення таких прав пацієнтів як: право на безоплатне отримання у державних та комунальних закладах охорони здоров'я медичної допомоги; право на безпеку і якість медичної допомоги; право обирати лікаря; право пацієнта на відкриту та конфіденційну інформацію про стан здоров'я;

право пацієнта на вибір методів лікування. Саме тому є необхідність розглянути їх більш детально.

Кожен громадянин має право на безоплатне отримання у державних та комунальних закладах охорони здоров'я медичної допомоги, до якої належить і первинна медична допомога. На практиці ж державні та комунальні медичні заклади надають багато платних послуг.

Ще одним важливим правом пацієнтів є право на безпеку і якість медичної допомоги. Будь-яка медична допомога, яка надається пацієнтам повинна задовольняти потреби людини, які передбачені станом її здоров'я, і при цьому вона не має зашкодити життю та здоров'ю. Проте, часто постає питання, яка медична допомога відповідає даним принципам. На нашу думку, найголовніше – це своєчасне і правильне встановлення діагнозу. Для забезпечення права пацієнтів на безпечну та якісну медичну допомогу необхідно забезпечити перш за все належну підготовку медичних працівників.

З новою медичною реформою пацієнти отримали право обирати лікаря, який надає первинну медичну допомогу незалежно від місця їх проживання. Згідно з частиною першою статті 34 «Основи законодавства України про охорону здоров'я» лікуючий лікар може обиратися безпосередньо пацієнтом або призначатися керівником закладу охорони здоров'я чи його підрозділу. Обов'язками лікуючого лікаря є своєчасне і кваліфіковане обстеження і лікування пацієнта. [13] Пацієнт вправі вимагати заміни лікаря. Зазначене право є важливим для пацієнта, оскільки надає йому можливість лікуватися у спеціаліста, якого обрав та якому довіряє цей пацієнт або у такому закладі, який має сучасне та ефективне обладнання, методи діагностики та найбільш кваліфікованих медичних працівників. Разом з тим, в умовах боротьби з коронавірусною хворобою, право на вільний вибір закладу охорони здоров'я та лікуючого лікаря є обмеженим. Лікування пацієнтів з діагнозом COVID-19 відбувається у спеціально визначених закладах охорони здоров'я та (або) амбулаторно (в домашніх умовах) відповідно до стану здоров'я хворого та наявних ризиків. Лікування пацієнтів у будь-яких закладах охорони здоров'я на

їх вибір чи обрання бажаного лікуючого лікаря у даному випадку обмежене. Так, на рівні областей було відібрано і схвалено перелік закладів охорони здоров'я для госпіталізації пацієнтів з COVID-19.[80]

Розглянемо більш детально інші законодавчо закріплені права пацієнтів.

Зокрема, право пацієнта на відкриту та конфіденційну інформацію про стан здоров'я. Так, пацієнт, який досяг повноліття, має право на отримання достовірної і повної інформації про стан свого здоров'я, у тому числі на ознайомлення з відповідними медичними документами, що стосуються його здоров'я. Батьки (усиновлювачі), опікун, піклувальник мають право на отримання інформації про стан здоров'я дитини або підопічного. Медичний працівник зобов'язаний надати пацієнтові в доступній формі інформацію про стан його здоров'я, мету проведення запропонованих досліджень і лікувальних заходів, прогноз можливого розвитку захворювання, у тому числі наявність ризику для життя і здоров'я. Якщо інформація про хворобу пацієнта може погіршити стан його здоров'я або погіршити стан здоров'я фізичних осіб, визначених частиною другою цієї статті, зашкодити процесові лікування, медичні працівники мають право надати неповну інформацію про стан здоров'я пацієнта, обмежити можливість їх ознайомлення з окремими медичними документами. [13]

У разі смерті пацієнта члени його сім'ї або інші уповноважені ними фізичні особи мають право бути присутніми при дослідженні причин його смерті та ознайомитися з висновками щодо причин смерті, а також право на оскарження цих висновків до суду.[13]

Право на інформацію про стан свого здоров'я є важливою передумовою для отримання пацієнтом медичної допомоги, оскільки саме від об'єктивно отриманої інформації залежить подальше прийняття пацієнтом рішення щодо лікування. Якщо відсутність згоди може призвести до тяжких для пацієнта наслідків, лікар зобов'язаний йому це пояснити. Якщо і після цього пацієнт відмовляється від лікування, лікар має право взяти від нього письмове

підтвердження, а при неможливості його одержання - засвідчити відмову відповідним актом у присутності свідків.[13]

Згідно зі статтею 286 Цивільного кодексу України та статті 391 «Основ законодавства України про охорону здоров'я» фізична особа (пацієнт) має право на таємницю про стан свого здоров'я, факт звернення за медичною допомогою, діагноз, а також про відомості, одержані при її медичному обстеженні. Забороняється вимагати та подавати за місцем роботи або навчання інформацію про діагноз та методи лікування фізичної особи.[4; 13]

Законодавчо закріплено право пацієнта на вибір методів лікування: ст.ст. 42, 44 Закону України «Основи законодавства України про охорону здоров'я» [13]. Але на практиці це право також порушується. Потрапивши до лікарні, хворий не має вибору у лікуванні, оскільки в державних лікувальних закладах застосовуються традиційні методи лікування. Пацієнт ніяк не може вплинути на процес прийняття рішення щодо методів лікування.

Отже, не дивлячись на існування великої кількості законодавчо закріплених прав пацієнта, що загалом покликані сприяти покращенню здоров'я громадян України, заклади медицини продовжують порушувати їх. Натомість, існування системи захисту прав свідчить про можливість відстоювання своєї позиції в разі порушень з боку лікарів. На практиці, до захисту своїх конституційних прав звертається невелика кількість людей. Це пов'язано не тільки з небажанням втрачати дорогоцінний час, а й недосконалою судовою системою і корпоративною підтримкою лікарями один одного. Вразі помилки одного лікаря, при свідченнях в суді інший майже завжди стане на його бік, бо розуміє, що наступного разу він сам може опинитися на лаві підсудних.

При дослідженні даного питання варто звернути увагу на міжнародні документи, які Україна має враховувати при розробці законодавства. Це зокрема, Європейська хартія прав пацієнта прийнята 15 листопада 2002 року [8]. Вона є одним з основних документів у питанні про права пацієнтів, яка до цього часу не ратифікована нашою державою.

2.4 Способи захисту прав пацієнтів в Україні

Основні механізми забезпечення прав громадян на охорону здоров'я та медичну допомогу регулюються Основами законодавства України про охорону здоров'я [13] та нормами Цивільного кодексу України [4]. Крім цього, відповідальність медичних працівників за неналежне виконання ними професійних обов'язків встановлене відповідними нормами Кримінального кодексу України [3]. Захист прав пацієнта може здійснюватися в неюрисдикційній (самозахист своїх прав і законних інтересів) і юрисдикційній (у спеціальному адміністративному порядку або, за загальним правилом, у судовому порядку) формах [105]. Враховуючи норму Основного Закону держави про те, що кожний вправі захищати свої права й свободи усіма засобами, не забороненими законом, з погляду доцільності викладу основних способів захисту прав пацієнтів їх можна поділити на досудові й судові [105]. Судовий захист прав пацієнта передбачає відновлення порушених прав за допомогою звернення до судових органів. Суд є органом державної влади, який наділений владними повноваженнями. Судова система — це найбільш адекватний і дієвий засіб захисту прав пацієнта при незадоволенні якістю надання медичної допомоги. Основними способами судового захисту прав пацієнтів є: а) звернення пацієнта із адміністративним позовом на неправомірні дії органів влади, їх посадових і службових осіб; б) звернення пацієнта із позовною заявою в порядку цивільного судочинства. При вирішенні справи по суті суд може задовольнити адміністративний позов повністю або частково чи відмовити в його задоволенні повністю чи частково [105]. Сьогодні важко не лише довести провину лікувального закладу у втраті здоров'я пацієнта. Навіть у разі прийняття судом позитивного рішення більшість їх не виконується, адже відповідачами зазвичай є бюджетні установи з певним кошторисом та витратами. Позивачі повинні самі довести наявність завданої шкоди та оцінювати її розмір. Доволі часто при цьому виникають проблеми з медичною документацією, яка знаходиться в медичному закладі і може бути при потребі

виправлена на власну користь. Що стосується індивідуальної відповідальності медичних працівників, то її практично немає, головний лікар не має впливу на своїх підлеглих у разі завдання ними шкоди.

Ще одним способом захисту прав пацієнтів є досудовий, який передбачає: звернення до керівника лікувальної установи (усне й письмове); звернення до органу управління охорони здоров'я; допомога незалежних громадських організацій і професійних асоціацій; звернення до ліцензійно-акредитаційної комісії; скарга в органи прокуратури. [43]

Отже, не дивлячись на існування великої кількості законодавчо закріплених прав пацієнта, що загалом покликанні сприяти покращенню здоров'я громадян України, заклади медицини продовжують порушувати їх. Натомість, існування системи захисту прав свідчить про можливість відстоювання своєї позиції в разі порушень з боку лікарів. Основними формами захисту прав пацієнтів є судовий та досудовий порядок вирішення конфлікту. Найкращим є досудовий, адже передбачає добровільне вирішення суперечок.

РОЗДІЛ 3

МЕДИЧНА РЕФОРМА В УМОВАХ ДЕЦЕНТРАЛІЗАЦІЇ ВЛАДИ В УКРАЇНІ

3.1 Територіальна реформа щодо фінансування медичних бюджетних установ

Реформа децентралізації має на меті створення повноцінного життєвого середовища для громадян, надання високоякісних та доступних публічних послуг, узгодження інтересів держави та територіальних громад. Реформа передбачає відповідальність органів місцевого самоврядування перед жителями – за ефективність своєї роботи, а перед державою – за її законність [83].

Соціологічне дослідження проведене в серпні-вересні 2020 року показало, що 46% респондентів для новообраної місцевої влади назвали пріоритетом створення умов для покращення сфери охорони здоров'я [99]. Опитування напередодні місцевих виборів показало, що оцінюючи діяльність суб'єктів у боротьбі з епідемією COVID-19 найефективнішими визнали дії саме місцевої влади. Позитивну оцінку діяльності МОЗ в цьому питанні дали лише 5,1%, а місцевої влади 21,6% респондентів [92].

Децентралізація передбачає зміну парадигми фінансування медицини. Надавачі ПМД, які отримують фінансування від НСЗУ на основі договорів, змінили свій юридичний статус і стали автономними суб'єктами господарювання. МОЗ розробило Методичні рекомендації з питань перетворення ЗОЗ з бюджетних установ у КНП [72]. КНП є одержувачем коштів медичної субвенції з державного бюджету [24]. Оплата медичної допомоги закладам первинної ланки здійснюється на основі визначеної капітаційної ставки (оплати за кожного пацієнта) [13]. Але головною проблемою залишається невідповідність між бюджетом та гарантованим пакетом послуг.

Місцеві органи влади є активними учасниками організації впровадження медичної реформи, надання медичної допомоги на місцях та дофінансування ЗОЗ. На місцеві бюджети покладаються видатки на оплату комунальних послуг та енергоносіїв, місцеві програми розвитку надання населенню медичних послуг з ПМД понад обсяг, передбачений програмою державних гарантій медичного обслуговування населення [2].

Як показують дослідження, більший внесок дофінансування ЗОЗ роблять ТГ, які в рамках децентралізації отримали більше коштів. Натомість для сільських та селищних амбулаторій ситуація інша, оскільки ці амбулаторії перебувають у власності району. Так, для дофінансування сільська/селищна рада повинна надавати субвенцію в район, який потім фінансуватиме сам заклад [42, с. 24].

Функції та процеси залучення органів місцевого самоврядування, як правило, включають: спільну участь у стратегічному плануванні місцевої системи охорони здоров'я, консультування НСЗУ органами місцевого самоврядування щодо планування інвестицій в охорону здоров'я та розвиток людських ресурсів, обмін даними та скоординовану діяльність щодо моніторингу ефективності надавачів медичних послуг; моніторинг контрактів НСЗУ може або взяти на себе, або використати деякі поточні функції місцевих департаментів охорони здоров'я, спільні функції громадського/клієнтського інтерфейсу та процеси розгляду скарг на місцеву охорону здоров'я, а також спільне планування та підготовку до надзвичайних ситуацій в контексті медичної допомоги [93, с.15].

Без узгодження рішень органів місцевого самоврядування та НСЗУ, остання не може досягти своїх цілей щодо забезпечення доступу до медичних послуг або підвищення ефективності та якості медичної допомоги [93, с.14].

Автономія надавачів медичних послуг посилює відповідальність за якість обслуговування органів місцевого самоврядування, як власників ЗОЗ. Саме вони відповідальні за їх матеріально-технічний стан. І тільки від власника залежить, в якому стані знаходиться лікарня.

3.2 Заходи з підвищення якості надання медичних послуг на первинному рівні

Підвищенню ефективності надання медичних послуг сприяло створення амбулаторій загальної практики сімейної медицини та центрів первинної медико-санітарної допомоги (ЦПМСД) за організаційно-правовою формою – КНП. Заклади ПМД отримують прямі виплати за пацієнтів від НСЗУ, а також мають змогу залучати надходження коштів від страхових компаній, благодійних організацій, надання платних послуг тощо.

Хоча гроші надходять не в бюджети громад, а безпосередньо до постачальників послуг, що уклали декларації з клієнтами, громади аж ніяк не можна вважати усуненими від питань здоров'я населення. Саме територіальні громади несуть відповідальність за розвиток системи охорони здоров'я населення. Адже питання збереження здоров'я населення виходить за межі медичного компоненту і включає також: спосіб життя населення, доступ до спортивної інфраструктури, дозвілля тощо [79].

Громади також виконують контрольну функцію, зокрема представник громади має брати участь у роботі опікунських рад при медичних закладах (формується при комунальних підприємствах). Громада є власником інфраструктури медичних закладів та інвестує в її підтримку та розвиток [79]. КНП мають гнучкий підхід до формування зарплат, право самостійно встановлювати умови та розміри оплати праці медичних працівників [22], спрямовувати субвенцію на забезпечення лікарів службовим житлом та службовим автотранспортом [5].

Якщо заснування власного ЦПМСД або амбулаторії сімейної медицини в межах громади не є економічно обґрунтованим, можливо організувати співробітництво територіальних громад, що зменшить витрати на утримання інфраструктури закладу та дасть можливість збільшити зарплати лікарів [79].

Розширено умови для укладення договору з приватним медичним закладом, коли громада віддає в оренду приміщення на пільгових умовах, який надаватиме медичні послуги населенню громади. Також можливо укладання угоди з лікарем або лікарями ФОП, які будуть опікуватись процесом надання ПМД та її якістю. Допускається комбінація різних видів в залежності від географічних особливостей громади, вікових особливостей, чисельності тощо [79].

3.3 Реформування вторинної медичної допомоги

Реформування вторинної (спеціалізованої) медичної допомоги відбувається шляхом перепрофілювання ЗОЗ та створення госпітальних округів, націлених на забезпечення територіальної доступності якісної медичної допомоги населенню в стаціонарних лікарнях.

Утворення госпітальних округів відбувається у три етапи [52]:

I етап – обласна державна адміністрація формує межі округу.

II етап – місцеві ради кожного округу створюють госпітальні ради, які і формують план розвитку медицини на території госпітального округу. Рада госпітального округу, спираючись на локальні протоколи медичної допомоги та клінічні маршрути пацієнтів, обирає перелік перспективних лікарень, які потрібно привести у відповідність з рамковими вимогами МОЗ, таким чином підготувавши їх до переходу на фінансування через механізм національного медичного страхування. Решту лікувальних установ госпітальна рада повинна перепрофілювати.

III етап – рада розробляє план на п'ять років з розвитку округу. План повинен складатися з опису округу, маршрутів, за якими жителі доїдуть до лікарень і покрокової інструкції із перепрофілювання лікарень. Після чого держава профінансує реалізацію плану.

Метою умовного поділу областей на госпітальні округи є забезпечення своєчасного та якісного надання спеціалізованої високопрофесійної медичної

допомоги за умови раціонального використання бюджетних коштів. Станом на середину 2019 р. округи створено практично в усіх областях, але з розробленням стратегічних планів їх розвитку впоралися лише деякі госпітальні ради [87].

Госпітальний округ не є окремим організаційно-правовим рівнем організації виконавчої влади, окремою юридичною особою чи суб'єктом господарювання [6], фактично це інструмент співробітництва громад. Госпітальний округ – це інструмент для самих громад: визначитися для себе, яким чином вони в себе ж організують мережу. І ті обмежені ресурси, що є у держави – раціонально розподілять. Вони повинні самі прийняти рішення, яку лікарню розвинути до другого рівня, яку до першого, яку перепрофілювати, яка дорога є пріоритетною, яка другорядною [76].

Плануванням розвитку округу займається Госпітальна рада, яка включає представників кожного міста обласного значення, району та ОТГ(ТГ) пропорційно до чисельності їхнього населення [18]. Госпітальна рада формує план розвитку госпітального округу, аби зрозуміти реальне завантаження та розподіляє функції – спрямовує потік до лікарні, де є фахівець та обладнання. Все це також передбачає поліпшення транспорту та доріг на території громади – у першу чергу тих, що ведуть до лікарень. Далі йде оцінка ресурсів та інвестиційних потреб [68].

Ради госпітального округу мають розробити багаторічний план розвитку округу. В тому числі обрати перелік перспективних закладів вторинної допомоги, які вирішать розвинути до рівня Рамкових вимог МОЗ. Вибиратимуть перспективні заклади на основі маршрутів пацієнтів у межах округу, демографічних показників. Це дозволить визначити очікуване навантаження на кожен із закладів у майбутньому. Іншими словами, оберуть ті заклади, до яких є сенс переспрямувати потік пацієнтів з точки зору медичної ефективності [68].

Розробляючи план розвитку округу, госпітальні ради також визначають заклади, що повинні бути поступово перепрофільовані. Наприклад, у філії

перспективних закладів, в інші типи медичних закладів, у заклади для надання соціальних послуг. Затверджувати пропозиції щодо плану розвитку госпітального округу (в тому числі переліку перспективних закладів) будуть місцеві ради [69].

Виконання функцій багатoproфільних лікарень інтенсивного лікування першого або другого рівня покладається на ЗОЗ у складі госпітального округу, функціональні потужності яких відповідають вимогам до таких лікарень [55]. Багатoproфільна лікарня інтенсивного лікування першого рівня повинна забезпечувати надання медичної допомоги не менш як 120 тис. осіб, а другого рівня – не менш як 200 тис. осіб [6].

Багатoproфільні лікарні інтенсивного лікування першого та другого рівня визначаються таким чином, щоб жителі, які проживають у зоні їх обслуговування (у тому числі суміжних госпітальних округах), у межах не більше 60 хвилин проїзду автомобільним транспортом, мали доступ до вторинної (спеціалізованої) медичної допомоги [6]. Для гарантованого забезпечення надання вторинної (спеціалізованої) та екстреної медичної допомоги відповідно до потреб населення госпітального округу та суміжних госпітальних округів, поступового формування спроможної мережі надавачів медичних послуг визначаються опорні ЗОЗ на період до 3 років [55].

В результаті утворення мережі госпітальних округів частка фінансування у розвиток місцевої медицини зростає. Отримані гроші були спрямовані на втілення соціально важливих проєктів, реалізація яких мала позитивний вплив на соціально-економічне та демографічне становище в ОТГ. Зокрема, станом на 10.01.2020 року в межах реалізації реформи децентралізації сфери охорони здоров'я було реалізовано 795 стратегічно важливих проєктів, з яких 153 передбачали оновлення інфраструктурного забезпечення медичної галузі – реконструкцію та капітальний ремонт [87].

Законодавча база медичної реформи надання вторинної (спеціалізованої) та екстреної медичної допомоги потребує доопрацювання. На сьогодні багато госпітальних округів не розробили перспективного плану розвитку, також не

запроваджені програми підтримки перспективних ЗОЗ та не узгоджено процес їх перепрофілювання у межах округів [87].

Дискусійним є питання взаємодії Госпітальної ради з місцевими радами з приводу розроблення проєкту рішення на підставі пропозицій, напрацьованих Госпітальною радою, та внесення його на розгляд місцевої ради, тому існує ризик гальмування плану перспективного розвитку місцевими радами. Положенням про Госпітальний округ передбачено, що учасники округу у своїй діяльності керуються, зокрема, Законом України «Про співробітництво територіальних громад» [87].

Окреслені нами функції та обов'язки місцевих громад самоврядування включають: участь у стратегічному плануванні місцевої системи охорони здоров'я, консультування НСЗУ органами місцевого самоврядування щодо планування інвестицій в охорону здоров'я та розвиток людських ресурсів, спільне планування та підготовку до надзвичайних ситуацій в контексті медичної допомоги.

Підвищенню ефективності надання медичних послуг слугує створення амбулаторій загальної практики сімейної медицини та центрів первинної медико-санітарної допомоги у формі КНП. Процес автономізації ЗОЗ сприяє формуванню конкурентних умов та підвищення зарплати лікарям та працівникам, покращення сервісу та впровадження нових методів, технологій.

Перспективи розвитку багатопрофільних лікарень інтенсивного лікування першого або другого рівня, які відповідають вимогам до таких лікарень та гарантують доступ до вторинної (спеціалізованої) медичної допомоги, залежать від розмірів капіталовкладень. Складовою частиною територіальної доступності таких послуг виступає розвиток інфраструктури. Це потребує спільних зусиль численних громад, що можливо в межах госпітальних округів.

РОЗДІЛ 4

ОРГАНИ МІСЦЕВОГО САМОВРЯДУВАННЯ У РЕФОРМУВАННІ СФЕРИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я В КІРОВОГРАДСЬКІЙ ОБЛАСТІ

4.1 Аналіз регіонального досвіду та проблем реалізації медичної реформи

Медична реформа в Україні викликає дуже багато питань. Противники реформи нарікають на антиконституційність законодавства, яке регулює хід медичної реформи, на предмет дотримання права людини на охорону здоров'я, гарантованого Конституцією України. Але чи дотримувалося воно до початку реформи? Коли фінансування вистачало лише на мізерні зарплати для лікарів і підтримання неефективних лікарень. Особливо в сільській місцевості, де лікувальні заклади, побудовані ще за радянських часів, потребують капітального ремонту та модернізації. Медичний персонал переважно пенсійного віку, адже молоді лікарі не їдуть працювати в село. Станом на 05 жовтня 2020 року, медичні заклади Кіровоградської області потребували 123 лікарів [61].

Розвинуті країни світу витрачають на надання медичної допомоги більше 10% ВВП, так США – 16,9%, в Швейцарії – 12,2%, Німеччині, Франції, Швеції, Японії по 11% ВВП. Обсяг коштів, що передбачений на реалізацію програми медичних гарантій, визначається в Законі України про «Державний бюджет України» у розмірі не менше 5% [14]. Але навіть і ця норма не виконується. В бюджеті на 2021 р. видатки на медицину становлять 159 млрд грн., з них 123 млрд грн. на програму медичних гарантій, хоча було заявлено 225 млрд. для виконання вказаної статті закону.[82].

За чинним законодавством спроможні громади отримали можливість самостійно регулювати питання створення привабливих умов для залучення лікарів, особливо до сільських ЗОЗ, адже тепер ними керує не МОЗ, а місцева влада, яка є їх власником. Місцеві стимули можуть передбачати доплати до заробітної плати, надання житла, виділення особистого автотранспорту.

Прикладом успішної реалізації реформи щодо децентралізації та громади, спроможної забезпечити якісні медичні послуги може слугувати Дмитрівська ТГ. У пошуках лікаря, претендентці, за кошти громади, запропонували оклад, який складав 7,6 тис. грн, заплатили 20 тис. «підйомних», а також забезпечили транспортом та житлом. З 1 квітня 2020 року лікарка-терапевт вийшла на роботу, а вже у серпні стала завідувачкою Дмитрівської амбулаторії. У цьому ж році уклали угоду з лікаркою-педіатром [103] (Додаток В).

Громада придбала для Дмитрівської амбулаторії два аналізатори, щоб на місці відбирати аналізи у хворих. А ще є електрокардіограф та портативний УЗД-апарат. Спеціалісти, які відвідували амбулаторію у Дмитрівці, зазначили, що у жодному селі не бачили такого рівня забезпечення всім необхідним [69]. Отже, пацієнти мають змогу отримувати хоча і частково безкоштовну, в рамках програми гарантій, але кваліфіковану допомогу (Додаток Г).

Дмитрівська ТГ з бюджету громади виділила на заходи по запобіганню поширенню на своїй території COVID-19 170 тис. грн. Кошти спрямовано на придбання необхідного медичного обладнання, медикаментів, засобів індивідуального захисту працівників та пального. Ще понад 77 тис. грн перерахували на рахунок «Знам'янського районного ЦПМСД» сільгоспвиробники та підприємці Дмитрівської ТГ [51].

З метою закріплення молодих спеціалістів у сільській місцевості та створення належних умов для їх проживання з початку 2020 року в Кіровоградській області забезпечено житлом 5 лікарів (4 молоді спеціалісти) та 3 молодших спеціалістів з медичною освітою [81]. Петрівська лікарня працевлаштувала трьох лікарів з Дніпропетровської області [75]. Результати нашого дослідження показали, що саме в селі найменша кількість людей, які виступають за скасування реформи взагалі, а рівень високої підтримки, на нашу думку, пояснюється наявністю в їхніх населених пунктах нових сучасних амбулаторій та відчутних результатів реформи (Додаток А).

Проведене нами опитування показало, що 85,7% лікарів та 75,5% пацієнтів вважає реальну вартість медичної послуги вищою за тарифи заявлені державою (Додаток А). Фінансування пакетів медичних гарантій не покриває реальних затрат на надання медичних послуг, особливо в маленьких лікарнях. Для укладення договору з НСЗУ для отримання навіть мінімального фінансування з боку держави ЗОЗ необхідно виконати вимоги по матеріально-технічному оснащенню і кадровому забезпеченню. Але держава і раніше не фінансувала сучасне технічне оснащення, особливо сільських лікарень.

Зараз в Кіровоградській області медичну допомогу за пріоритетними напрямками: при гострих інфарктах міокарду надаватимуть 2 заклади охорони здоров'я, при гострих мозкових інсультах – 6 медзакладів, при пологах – 12, при складних неонатальних випадках – 4, при дослідженнях на раннє виявлення раку – 20 [40]. Для виконання вимог НСЗУ на п'ять пакетів послуг з фінансуванням 7 352 418 грн. Помічнянська міська лікарня, за словами очільника ТГ, купила і УЗД, і ендоскопічну стійку і рентген [70].

Якщо оснащення та утримання якісних ЗОЗ не під силу одному населеному пункту, вони мають змогу об'єднати зусилля. Завдяки реформі у Ганнівській ОТГ(ТГ) відкрили сучасну амбулаторію, яка надає послуги мешканцям восьми населених пунктів, які входять до складу ТГ. З місцевого бюджету було виділено 10% від загальної суми вартості будівництва амбулаторії. Для оснащення лікарської амбулаторії закуплено медичне обладнання на кошти, виділені радою сільгоспвиробників [79].

В умовах децентралізаційних процесів, які стали характерними для державного управління країни актуальним питанням стала належна фінансова та адміністративна підтримка медичної галузі. Необхідним є збереження пріоритетності здоров'я громадянина без урахування джерела фінансування медичного закладу, чи то амбулаторія фінансується з державного бюджету, чи з місцевого, чи людина проживає в місті, чи в селі держава має гарантувати право людини на безоплатну медичну допомогу в межах визначених законодавством.

У Новоукраїнському районі підготовка до реформи розпочалася ще два роки тому – наприкінці 2016 року. Керівництвом Новоукраїнської районної державної адміністрації було вжито необхідних заходів щодо виділення коштів для організації сучасних робочих місць для лікарів: забезпечено необхідним матеріально-технічним обладнанням (комп'ютери, принтери, програмне забезпечення, меблі тощо) та підключено всі амбулаторії до мережі Інтернет [84, с.5]. В другій половині 2017 року за сприяння районної державної адміністрації капітально відремонтоване приміщення під Новоукраїнську лікарську амбулаторію загальної практики – сімейної медицини № 2 в селищі цукрозаводу. За виконані роботи перераховано кошти в сумі – 665473,47 гривень.

Впровадження медичної реформи в Україні передбачає зміну юридичного статусу закладів охорони здоров'я. Саме тому 14 лютого 2018 року на сесії Новоукраїнської районної ради прийнято рішення за № 318 про припинення діяльності комунального закладу «Новоукраїнський районний центр первинної медико-санітарної допомоги». [31] 4 травня 2018 року даний заклад реорганізовано в комунальне некомерційне підприємство «Центр первинної медико-санітарної допомоги» Новоукраїнської районної ради.

Обласний бюджет Кіровоградської області на реалізацію заходів, спрямованих на розвиток системи охорони здоров'я у сільській місцевості отримав 109469312 гривень. Враховуючи те, що чисельність наявного сільського населення в районі складає 24677 чоловік, а на одного сільського жителя припадає 305,29 гривень, для Новоукраїнського району виділені кошти у сумі 7533680 гривень.[31]

Новоукраїнською районною державною адміністрацією був розроблений перспективний план на 2017-2018 рр. [32] щодо будівництва нових амбулаторій, капітальної реконструкції наявних приміщень, які використовуються під лікарські амбулаторії, придбання автотранспорту, обладнання. Згідно даного документу передбачається будівництво Ганнівського фельдшерсько-акушерського пункту, який у IV кварталі 2017 року

перейменовано на Ганнівську лікарську амбулаторію загальної практики – сімейної медицини, на яку планується витратити найбільшу частку від загального кошторису – 2500000 гривень. Нова лікарська амбулаторія складатиметься з медкорпусу, житла для лікаря та гаража, буде обладнана меблями та сучасним медичним обладнанням. Замовником будівництва виступає управління капітального будівництва Кіровоградської обласної державної адміністрації.

Ще одним пунктом плану є реконструкція лікарських амбулаторій сіл Іванівка, Комишуватого (заміна опалювального котла), Рівного (встановлено 16 металопластикових вікон та 3 тамбурних дверей, проведена заміна димової труби в котельні). На ці енергозберігаючі заходи виділено по 850000 гривень на кожен амбулаторію. Важливою частиною плану є закупівля автомобілей (в розмірі 1500000 гривень) та придбання (оновлення) обладнання, зокрема комп'ютерної техніки та програмного забезпечення; крісла гінекологічного; холодильників; стерилізаторів; кардіографів (в розмірі 733680 гривень). Реформування системи охорони здоров'я передбачає використання мережі Інтернет. В районному бюджеті на його підключення виділиться 250000 гривень [31].

Комунальним закладом «Новоукраїнський районний центр первинної медико-санітарної допомоги» в другій половині 2017 року зареєстровано заклад та лікарів в електронній системі охорони здоров'я, всі лікарі отримали електронний цифровий підпис [33], а тому з січня 2018 року в районі розпочався процес підписання декларацій. Це стало можливим завдяки тому, що Новоукраїнський центр первинної медико-санітарної допомоги першим в області уклав договір про медичне обслуговування населення з Національною службою здоров'я України. Станом на 01 липня 2018 року в Новоукраїнському районі підписано 17534 декларації з пацієнтами, що складає 43,3 % від загальної кількості населення [84, с.5]

Таким чином, в рамках проведеної медичної реформи Новоукраїнський район отримав значні кошти для забезпечення доступності та якості медичної

допомоги. Це дає підстави зробити висновок про виконання фінансової частини плану по реформуванню галузі в окремо взятому районі.

Отже, нарікати на недостатню кількість фінансових засобів, для реалізації запланованих заходів у частині реформування первинної ланки медицини, не доводиться.

Загальний фонд видатків по Кіровоградській області у 2020 році на розвиток медичної сфери склав 429862700,00 гривень. [34] На Новоукраїнський район з місцевого бюджету на реалізацію заходів, спрямованих на розвиток системи охорони здоров'я у сільській місцевості за рахунок залишку коштів відповідної субвенції з державного бюджету виділено субвенцію у розмірі 500000,00 гривень. [36] В Ганнівській ОТГ виділено субвенцію з місцевого бюджету на здійснення переданих видатків у сфері охорони здоров'я у розмірі 312,400 гривень. [36]

Медичну допомогу на території Ганнівської ОТГ Новоукраїнського району Кіровоградської області надає новостворена Ганнівська лікарська амбулаторія загальної практики – сімейної медицини та два ФАПи.

У квітні 2019 року відбулося відкриття амбулаторії. Новозбудована Ганнівська амбулаторія забезпечує надання медичних послуг мешканцям 8 населених пунктів, які входять до складу Ганнівської сільської ради, а саме: с. Ганнівка, с. Громуха, с. Григорівка, с. Караказелівка, с. Острівка, с. Шишкине, с. Шутеньке, с. Юр'ївка. [45] Всього населення в ОТГ – 2430 осіб.

Вартість будівництва амбулаторії сягає 6 млн. 200 тис. грн. на умовах співфінансування. 90% від загальної суми вартості будівництва амбулаторії – це фінансування за кошти державного бюджету, ще 10% у будівництво вклала ОТГ. Для оснащення лікарської амбулаторії у 2018 році закуплено медичне обладнання, меблі та апаратуру (кушетки, шафи, столи та стільці, холодильник, сухожарову шафу, ЕКГ апарат, фізіотерапевтичну апаратуру та інше на суму 646 944 грн., з них 96 450,02 грн. – кошти, виділені Радою сільгоспвиробників. У 2019 році на доукомплектування амбулаторії за рахунок субвенції було придбано меблі на суму 100 378 грн. Також придбано автомобіль Renault

Duster, вартістю майже 500 тис. грн. [45] Амбулаторію підключено до мережі Інтернет у рамках загальнодержавної інформатизації галузі охорони здоров'я. Нова лікарська амбулаторія складається з медкорпусу, житла для лікаря та гаража.

Станом на 01.12.2020 рік в Ганнівській амбулаторії працює 1 лікар та 2 медичні сестри. Комунальним закладом «Новоукраїнський районний центр первинної медико-санітарної допомоги» в другій половині 2017 року зареєстровано заклад та лікаря в електронній системі охорони здоров'я, лікар отримав електронний цифровий підпис [45], а тому з січня 2018 року в ОТГ розпочався процес підписання декларацій.

На території Ганнівської ОТГ функціонують два ФАПИ, які знаходяться в с. Григорівка та с. Шишкине. З проведенням децентралізації вони були переведені на баланс громади. На даний час зазначені медзаклади знаходяться на межі закриття через брак коштів на їх утримання. Сьогодні в реальності все більше і більше закривається фельдшерських пунктів, амбулаторій та лікарень саме через об'єднання громад та укрупнення районів. У гонитві за оптимізацією витрат політики забувають про саме важливе – збереження здоров'я нації.

Таким чином, в рамках проведеної медичної реформи в Ганнівській громаді було побудовано сучасну технічно оснащену амбулаторію загальної практики – сімейної медицини. На жаль, коштів на повноцінне функціонування фельдшерсько-акушерських пунктів в місцевої влади не вистачає. Тому говорити про підвищення доступності та якості медичної допомоги в сільській місцевості ми не можемо.

Завершується будівництво амбулаторії загальної практики сімейної медицини у Петрівському районі, яка планує обслуговувати близько чотирьох тисяч жителів Нового Стародуба, а також сіл Олімпіадівка та Червоносілля. На це виділено 6 928 029 тисяч гривень з державного бюджету, співфінансування з місцевого бюджету – 790 512 тисяч гривень [91].

Кіровоградщина – одна з трьох областей, яка у рамках державної програми стовідсотково виконала завдання з будівництва сільських амбулаторій на селі. У 2020 році добудували чотири амбулаторії, всього – 22 [60].

Реформування медичної галузі передбачає «наближення якості медичної послуги в сільській місцевості». Так, у сільських амбулаторіях стали доступними телемедичні консультації. Кіровоградська область є одним з лідерів цього процесу [79]. Зокрема у Дмитрівській амбулаторії налагоджена телемедицина і, за потреби, пацієнти можуть проконсультуватись з профільними лікарями міст Знам'янки та Кропивницького [69].

Другий етап медичної реформи передбачає зміну системи фінансування для закладів вторинної ланки медичної допомоги. На початок реформи вторинної ланки 54 заклади спеціалізованої медичної допомоги Кіровоградщини уклали договори з НСЗУ. З них чотири приватних, а решта – комунальні [71].

У 2017 р. на території Кіровоградської області було створено 3 госпітальні округи: Західний, Кропивницький, Олександрійський [6] (Додаток Д). У 2020 році з метою оптимізації вторинної (спеціалізованої) медичної допомоги створено лише один госпітальний округ Кіровоградської області, склад якого затверджений розпорядженням голови облдержадміністрації [17] (Додаток Е). Але результати нашого опитування показали, що лікарі та пацієнти негативно ставляться до об'єднання, бо вважають, що це погіршить надання медичних послуг, оскільки для багатьох територіально вони стануть малодоступними (Додаток А).

Продовжується робота щодо реорганізації мережі ЗОЗ II рівня надання медичної допомоги в комунальні неприбуткові підприємства [81]. Завершено процес автономізації медичних закладів області, які надають вторинну (спеціалізовану) амбулаторну та стаціонарну допомогу [81].

Закон надає пацієнту вибір – укласти договір із лікарем КМЗ або із лікарем фізичною особою підприємцем. Проте на рівні численних підзаконних актів цей аспект не врегульований. Відтак і лікарі - ФОПи і їх пацієнти

зіштовхуються із низкою дискримінаційних обмежень. Лікар-ФОП більш мобільний, відтак для населення віддалених сільських регіонів це може, на наш погляд, стати реальною альтернативою надання якісних медичних послуг. Прикладом такого позитивного нововведення може слугувати Сергій Сергєєв – зі Світловодська, що став першим сімейним лікарем-ФОПом у місті, і вже залучив до приватної медпрактики інших медиків. Створив всеукраїнську асоціацію приватних сімейних лікарів і створює потужну конкуренцію місцевим комунальним закладам ОЗ.

4.2 Пропозиції щодо підвищення ефективності

Наше дослідження показало низьку обізнаність людей про можливості реформи та привалювання патерналістських настроїв, як серед пацієнтів так і серед лікарів. Потрібна не тільки фінансова, а й інформаційна підтримка медичної реформи на місцях. Головним джерелом фінансування медичних послуг більшість респондентів вказали обов'язкову страхову медицину (42,9% лікарів та 57,1% пацієнтів). Функції фінансування модернізації медичних закладів 71,4% лікарів та 69,4% пацієнтів та контролю за ефективністю використання коштів 42,9% та 63,3%, відповідно, покладають на державу (Додаток А).

Для ефективної роботи реформи охорони здоров'я повинна бути побудована на принципах прозорості та підзвітності дієва комунікація між органами місцевого самоврядування та членами громади. Пацієнти мають розуміти, яке фінансування отримується від НСЗУ, а що надається місцевими бюджетами, куди витрачаються загальні кошти. Також повинен бути чіткий зрозумілий механізм, як саме діє програма медичних гарантій стосовно кожного громадянина. Механізм руху коштів, як загальних витрат, так і фінансування медичних послуг та лікарських засобів за програмою медичних гарантій для кожного пацієнта повинен бути доступним. Пацієнт має розуміти, які саме послуги гарантовані державою, а за які потрібно доплачувати. У разі коли місцевий бюджет або самі громадяни з власної кишені дофінансовують ці

послуги, також повинно бути зрозумілим, це оплата додаткових послуг, чи задекларовані НСЗУ тарифи, не відповідають обсягам фінансування.

Для цього має бути прописаний на законодавчому рівні механізм дії реформи не тільки стосовно фінансування з державного бюджету, але і з місцевих бюджетів. Він має носити добровільний характер щодо обсягів та напрямків фінансування, враховувати стандарти прозорості та звітності перед громадою.

Адже аналіз окремих аспектів втілення політики охорони здоров'я обласних центрів України в 2017-2019 роках показав низку серйозних проблем, саме у відсутній підзвітності та прозорості під час впровадження відповідної політики, що, в свою чергу, суттєво ускладнює оцінку дій місцевої влади громадянами. Зокрема, Кропивницький, в розрахунку на одного мешканця, має одну з найбільших по Україні частку місцевих бюджетів на медицину. Опитування оцінки комплексних цільових програм у сфері охорони здоров'я демонструє високі показники наявності та доступності, використаності та вичерпності, але майже відсутня звітність [59].

В аналізі ролі місцевих органів влади у впровадженні реформи, важливим питанням є не тільки фінансування, а і створення додаткових стимулів для роботи медиків. Особливої уваги тут потребує саме сільська медицина. Маленькі громади, через низьку щільність населення, часто не в змозі самостійно фінансувати будівництво та утримання амбулаторії та навіть ФАПу, та розраховувати на значні виплати від НСЗУ. Сусідні населені пункти можуть бути надто віддалені один від одного, а населення таких сіл переважно пенсійного віку, тому їм важко отримати кваліфіковану медичну допомогу. Законодавство уже пропонує укладання договорів з ФОПами. Але їх робота ще не чітко прописана в законодавстві, вони не мають доступу до деяких функцій, які доступні КНП. На наш погляд, це потребує негайного вирішення, адже для сільських громад це іноді єдиний вихід доступу до якісної медичної допомоги.

Існує проблема з матеріально-технічним забезпеченням ЗОЗ, які можуть укласти договір з НСЗУ, бо не відповідають стандартам надання певних пакетів

медичних послуг. Якщо на рівні первинної ланки це питання можна вирішити шляхом об'єднання громад та дофінансування з місцевого бюджету, то на рівні вторинної та третинної ланки потрібна інвестиційна програма забезпечення багатoproфільних лікарень інтенсивного лікування. Державних коштів та місцевих бюджетів сьогодні не вистачить, оскільки довгий час більшість ЗОЗ не отримували фінансування на модернізацію та капітальний ремонт. На нашу думку, потрібні пільгові умови для інвесторів, які були б зацікавлені у вкладенні коштів. Такими інвесторами могли б виступати як великі компанії, так і звичайні громадяни.

Проблемним також є розвиток інфраструктури. Система охорони здоров'я це не тільки лікарні, але і шляхи сполучення, і транспорт, які забезпечать максимальний доступ населення до якісної медичної допомоги. Що у свою чергу також може бути частиною вищезгаданого інвестиційного проєкту.

Неврегульованим на законодавчому рівні є також функціонування інфекційних лікарень та відділень, що особливо гостро виявилось з початком пандемії. Загальний принцип фінансування тут не спрацьовує, тому необхідний особливий механізм надання якісної і ефективної допомоги хворим. О. Голубовська зазначила, що в Європі, є поняття резерву інфекційних ліжок. Ніхто їх не чіпає, не скорочує, лікують усіх заразних хворих, тому що вони небезпечні для суспільства [40]. На нашу думку, крім оплати лікування хворих та щеплення, необхідно передбачити розвиток інфекційних лікарень та відділень з Фонду боротьби з коронавірусом в Україні.

Досвід діяльності органів місцевого самоврядування Кіровоградської області показав, що на первинному і на вторинному (спеціалізованому) рівні громади фінансують виконання ліцензійних вимог щодо технічного оснащення медичних закладів. Це сприятиме в подальшому отриманню коштів від НСЗУ, як основного замовника медичних послуг. Взаємодія громад, в межах госпітальних округів, сприяє створенню багатoproфільних лікарень інтенсивного лікування першого або другого рівня та забезпеченню територіальної доступності якісної медичної допомоги населенню.

Проведене опитування, аналіз нормативно-правової бази та інформаційних ресурсів дозволив нам визначити перспективні напрями вдосконалення механізмів взаємодії між загальнодержавними органами, місцевим самоврядуванням та громадами у сфері охорони здоров'я України, а саме: підвищення ефективності інформаційної комунікації, прозорості та підзвітності фінансування. В малопотужних громадах доступом до якісних медичних послуг може бути укладення договорів з ФОПами, які повинні мати всі функції з надання медичних послуг доступні КНП.

Для покращення матеріально технічної бази медичних закладів та розвитку інфраструктури, їх відповідності ліцензійним вимогам НСЗУ необхідні інвестиції. Тому необхідна розробка механізму залучення таких коштів поза межами державного та місцевого бюджетів. Окремого механізму фінансування потребують інфекційні лікарні та відділення, особливо в умовах пандемії COVID-19.

Отже, проведене дослідження дає можливість зробити висновок, що в реформуванні медичної допомоги у сільській місцевості існують значні проблеми, які виникли через прорахунки при впровадженні медичної реформи.

Для підвищення якості надання медичних послуг потрібно розробити програму постійного підвищення кваліфікації медичного персоналу. В медичних закладах мають бути створені комісії з питань якості медичної допомоги, які безперервно здійснювали б вивчення та аналіз ситуації з даної проблеми. При виявленні недоліків комісія має розробити план по їх усуненню.

Серед причин, що породжують порушення в системі охорони здоров'я є недосконале законодавство України та відсутність окремого закону щодо прав пацієнтів. При розробці нормативно-правових актів з даного питання обов'язково необхідно враховувати міжнародний досвід та думку громадян України, проводити громадський моніторинг. Рівень порушення прав пацієнтів може бути суттєво зменшений, якщо створювати в районних центрах, містах безкоштовні громадські організації, які займалися захистом прав пацієнтів.

Для проведення повноцінної реформи недостатньо збільшити фінансування закладів медицини та змінити принцип обліку пацієнтів. Необхідне бажання державної влади покращити здоров'я всіх хворих громадян, та запобігти захворюванню здорових. Без належного контролю реалізація довгострокових реформ не принесе результатів. Виконавча влада та заклади медицини повинні відчувати, що вони несуть відповідальність за здоров'я українців.

ВИСНОВКИ

Сфера охорони здоров'я є надзвичайно важливою, адже від її ефективності залежить демографічна ситуація в країні. На жаль, в Україні існує негативна динаміка щодо народжуваності та смертності. З кожним роком в Україні зменшується кількість жителів, особливо в селах. Однією із причин даного явища є низький рівень медичного обслуговування. Держава має гарантувати рівний доступ до медичної допомоги для всіх людей, у тому числі для тих, хто проживає у сільській місцевості.

Різноманітність наукових праць, зміст яких стосується медичної реформи, свідчить про актуальність даної теми та про існування багатьох невирішених питань у сфері охорони здоров'я. На жаль, науковці недостатньо приділяють увагу вивченню аспектів надання медичної допомоги сільським жителям. Переважна більшість фахівців переконана у необхідності проведення медичної реформи опираючись на досвід успішних країн світу. Аналіз наукової проблематики та нормативно-правових актів медичної реформи дозволив сформулювати уявлення про стан законодавчої бази, яка регулює взаємодію пацієнтів та закладів медицини.

Порівняльна характеристика Європейської хартії прав пацієнтів та Закону України «Основи законодавства України про охорону здоров'я» дає підстави говорити про часткову невідповідність українського та європейського законодавства в сфері захисту прав пацієнтів. Необхідно інтенсивніше проводити роботу по запровадженню правозахисних норм міжнародного зразка. Україна взявши курс на входження до європейського співтовариства має відповідати високим стандартам медичної галузі передових країн світу.

Дослідження прав пацієнтів в Україні дає підстави говорити про необхідність проведення роботи по запровадженню правозахисних норм міжнародного зразка. Україна взявши курс на входження до європейського співтовариства має відповідати високим стандартам медичної галузі передових країн світу.

Також, здійснений аналіз діяльності первинної медико-санітарної допомоги в сільській місцевості Новоукраїнського району в 2018-2020 роках. Зокрема, досліджено фінансове забезпечення Ганнівської лікарської амбулаторії загальної практики – сімейної медицини Новоукраїнського району Кіровоградської області, встановлено кількість пацієнтів, які уклали декларації з лікарем амбулаторії, проведено соціологічне дослідження серед пацієнтів сільського медзакладу щодо якості наданих медичних послуг, проаналізовано виділені кошти на потреби первинної медицини в селі.

Дослідження правових аспектів реформування системи охорони здоров'я триває, бо це є динамічний процес. Аналіз чинних нормативно-правових актів дав можливість визначити, що роль місцевих органів влади в розвитку системи охорони здоров'я посилилась у межах реформи децентралізації, та виділити основні проблеми, що гальмують або уповільнюють реалізацію реформування медичної системи України на регіональному рівні.

Визначено, що децентралізація та автономізація закладів охорони здоров'я сприяє поліпшенню якості медичного обслуговування населення через підвищення економічної ефективності використання коштів. Встановлено, що в результаті процесу автономізації медичні заклади стають самостійними і самодостатніми щодо поточного управління, кадрової політики, укладення договорів, рівня заробітної плати. На нашу думку, розв'язання проблем дофінансування громадою наданих послуг з медичного обслуговування населення можливе через переформатування мережі первинної та частково вторинної медичної допомоги в межах територіальних громад.

Розглянуто можливості громад вплинути на підвищення якості надання медичних послуг на первинному рівні шляхом самостійного управління та кадрової політики. Встановлено, що громади через органи самоврядування є власниками інфраструктури медичних закладів та мають можливість залучати інвестиції в їх розвиток. Таким чином саме територіальні громади несуть відповідальність за розвиток системи охорони здоров'я населення на своїх територіях.

Розкриті перспективи реформування вторинної ланки медичної реформи шляхом перепрофілювання закладів охорони здоров'я та створення госпітальних округів, головною метою останніх є надання якісної спеціалізованої медичної допомоги населенню.

Проаналізовано регіональний досвід та проблеми реалізації медичної реформи в Кіровоградській області. Можемо констатувати, що більшість медичних закладів, особливо в сільській місцевості, на початок реформи мали зношені основні фонди, застаріле технічне оснащення та кадрові проблеми. У ході дослідження виявлено, що спроможні громади Кіровоградщини, які стали власниками комунальних підприємств, отримали можливість вкладати кошти у розвиток лікарень та самостійно встановлювати умови комплектування лікарськими кадрами, проводити заходи із запобігання поширенню на своїй території COVID-19. Об'єднання громад дало можливість створення мережі сучасних амбулаторій загальної практики сімейної медицини. Створення госпітальних округів, на нашу думку, сприяє ефективному фінансуванню вторинної (спеціалізованої) медичної допомоги, яке проявляється не тільки у створенні сучасних лікувальних закладів, але й у розвитку інфраструктури.

Нами були виявлені наступні проблеми сільської медицини: по-перше, виявлено недостатню забезпеченість медичними кадрами новостворену сільську амбулаторію. На нашу думку, це пов'язано із відсутністю продуманої мотиваційної програми по залученню нових медкадрів і утримання існуючого медичного персоналу у первинній ланці медичної допомоги; по-друге, не розроблений механізм підвищення належного рівня фахової підготовки працюючого персоналу у сільській місцевості; по-третє, зафіксовані труднощі у наданні медичної допомоги в громаді через значну відстань між пацієнтом та медичним закладом; по-четверте, низький рівень правової культури пацієнтів; по-п'яте, відсутність широкої мережі державних аптечних пунктів у маленьких селах. Ні держава, ні приватні підприємстві не зацікавлені у створенні такої мережі, бо це економічно не вигідно. По-шосте, аналіз відповідей людей дає підстави говорити про незначне покращення стану медичної сфери. На нашу

думку, такий стан речей пов'язаний із кардинальною зміною форми організації медзакладу де-юре, однак відсутністю змін де-факто. Наразі можна говорити про поверхневі зміни у взаємодії амбулаторії та пацієнтів, на глибинному рівні ситуація залишається незмінною; по-сьоме, з боку держави необхідно ретельніше контролювати діяльність пореформених закладів медицини та приділяти більшу увагу до порушень прав пацієнтів. Зокрема, ратифікувати Європейську хартію прав пацієнтів.

Для вирішення проблемних питань пов'язаних з медичною сферою у селі, реформи первинної ланки очевидно виявилось недостатньо, оскільки вона мало враховувала специфіку системи надання медичної допомоги в селі. Саме безпосереднє врахування думки пацієнтів є запорукою вдалого пошуку шляхів подолання проблемної ситуації у медичній галузі, яка склалася у сільській місцевості.

Проведене нами опитування, а також аналіз нормативно-правової бази та інформаційних ресурсів дозволив нам визначити перспективні напрями правового вдосконалення механізмів взаємодії між загальнодержавними органами, місцевим самоврядуванням та громадами у сфері охорони здоров'я України, а саме: підвищення ефективності інформаційної комунікації, прозорості та підзвітності фінансування.

Неврегульованим на законодавчому рівні є також функціонування інфекційних лікарень та відділень, що особливо гостро виявилось з початком пандемії. Загальний принцип фінансування тут не спрацьовує, тому необхідний особливий механізм надання якісної і ефективної допомоги хворим.

Враховуючи результати дослідження, для удосконалення правових та організаційних засад діяльності органів місцевого самоврядування у сфері охорони здоров'я, нами запропоновані наступні заходи:

- посилення комунікації між органами місцевого самоврядування та членами громади, побудованої на принципах прозорості та підзвітності використання бюджетних коштів;

- удосконалення законодавства щодо роботи ФОПів з надання медичних послуг;
- надання пільгового інвестування коштів у розвиток технічного забезпечення багатопрофільних лікарень інтенсивного лікування та розвиток інфраструктури;
- розробка окремого механізму фінансування інфекційних лікарень та інфекційних відділень, особливо в умовах пандемії COVID-19.

Отже, дотримання конституційних прав, як пацієнтів так і працівників медичних закладів не можливе без залучення громад та їхніх органів місцевого самоврядування до фінансування та управління у сфері охорони здоров'я.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ ТА ЛІТЕРАТУРИ

Нормативні акти:

1. Конституція України : Закон України від 28.06.1996 № 254к/96-ВР // База даних «Законодавство України» / Верховна Рада України. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/254к/96-вр/paran4202> (дата звернення: 20.09.2020).
2. Бюджетний кодекс України від 08.07.2010 р. №2456-VI URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2456-17#Text>
3. Кримінальний кодекс України . URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2341-14#Text>
4. Цивільний кодекс України [Електронний ресурс]. URL: <http://zakon.rada.gov.ua/laws/show/435-15>
5. Деякі питання надання субвенції з державного бюджету місцевим бюджетам на здійснення заходів, спрямованих на розвиток системи охорони здоров'я у сільській місцевості: постанова Кабінету Міністрів України від 6.12.2017 р. № 983. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/983-2017-%D0%BF#Text>
6. Деякі питання створення госпітальних округів: постанова Кабінету Міністрів України від 27.11.2019 р. № 1074 URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1074-2019-%D0%BF#Text>
7. Європейська соціальна хартія (переглянута): ратифіковано із заявами Законом № 137-V від 14.09.2006, ВВР, 2006, N 43, ст.418. URL: https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/994_062#Text
8. Европейская хартия прав пациентов. . URL: http://www.activecitizenship.net/images/patientsrights/ec_russian.pdf
9. Конвенція про захист прав людини і основоположних свобод: ратифіковано Законом № 475/97-ВР від 17.07.97. URL: https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/995_004#Text

10. Закон України «Про внесення змін до деяких законодавчих актів України щодо удосконалення законодавства з питань діяльності закладів охорони здоров'я». URL: <http://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2002-19>
11. Концепція реформи фінансування системи охорони здоров'я, схвалена розпорядженням Кабінетом Міністрів України від 30.11.16 р. № 1013-р. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1013-2016-%D1%80#Text>
12. Міжнародний пакт про економічні, соціальні і культурні права: ратифіковано Указом Президії Верховної Ради Української РСР N 2148-VIII (2148-08) від 19.10.73. URL: https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/994_062#Text
13. Основи законодавства України про охорону здоров'я: Закон України від 19.11.1992 р. № 2801-XII. URL: <http://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2801-12>
14. Про Державний бюджет України на 2021 рік: Закон України від 15.12.2020 р. № 1082-IX URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1082-20#Text>
15. Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення: Закон України від 19.10.2017 р. № 2168-VIII URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2168-19#Text>
16. Про затвердження Порядку формування спроможних мереж надання первинної медичної допомоги: наказ Міністерства охорони здоров'я України від 06.02.2018 р. № 178/24. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z0215-18#Text>
17. Про затвердження складу госпітального округу Кіровоградської області та утворення обласної госпітальної ради: розпорядження голови Кіровоградської обласної державної адміністрації від 16.01.2020 р. №74-р. URL: <https://uozkmr.gov.ua/aktualno/medichna-reforma/1247-4-msyac-v-novih-umovah-yak-zmnilas-robota-medzakladv-pslya-zapusku-drugogo-etapu-medreformi.html>
18. Про затвердження Типового положення про госпітальну раду: наказ МОЗ України від 28.10.2020 № 2439. URL: <https://moz.gov.ua/article/ministry->

mandates/nakaz-moz-ukraini-vid-28102020--2439-pro-zatverdzhennja-tipovogo--polozhennja-pro-gospitalnu-radu

19. Про місцеве самоврядування в Україні: Закон України від 21.05.1997 р. № 280/97-ВР. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/280/97-%D0%B2%D1%80#Text>
20. Про підвищення доступності та якості медичного обслуговування у сільській місцевості: Закон України від 14.11.2017 р. № 2206-VIII. URL: <http://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2206-19>
21. Про реабілітацію у сфері охорони здоров'я: Закон України від 15.05.2003 р. № 755-IV. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1053-20#Text>
22. Про умови і розміри оплати праці працівників підприємств та організацій, що дотуються з бюджету: постанова Кабінету Міністрів України від 31.08.97 р. № 948. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/948-97-%D0%BF#Text>
23. Про утворення Національної служби здоров'я України: постанова Кабінету Міністрів України від 27.12.2017 р. № 1101. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1101-2017-%D0%BF#Text>
24. Щодо механізму фінансування зазначених підприємств в умовах чинного законодавства: лист Міністерства охорони здоров'я України від 02.02.2018 р. № 19.0-04-152/2823. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/rada/show/v2823282-18#Text>
25. Стратегія реформування охорони здоров'я в Україні на 2015-2020 роки». URL: <http://uoz.cn.ua/strategiya.pdf>
26. Наказ Міністерства охорони здоров'я № 503 «Про затвердження Порядку вибору лікаря, який надає первинну медичну допомогу, та форми декларації про вибір лікаря, який надає первинну медичну допомогу» від 19 березня 2018 року. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z0347-18#>
27. Наказ Міністерства охорони здоров'я № 504 «Про затвердження порядку надання первинної медичної допомоги» від 19.03.2018 року. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z0348-18#Text>

28. Постанова Кабінету Міністрів України від 25 квітня 2018 р. № 411 «Деякі питання електронної системи охорони здоров'я». URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/411-2018-%D0%BF#Text>
29. Наказ Міністерства охорони здоров'я № 587 «Деякі питання ведення Реєстру медичних записів, записів про направлення та рецептів в електронній системі охорони здоров'я» від 28 лютого 2020 року. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z0236-20#>
30. Постанова Кабінету Міністрів України від 05.02.2020 № 65 «Деякі питання реалізації програми державних гарантій медичного обслуговування населення у 2020 році». URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/65-2020-%D0%BF#n294>
31. Рішення Новоукраїнської районної ради «Про припинення в результаті реорганізації комунального закладу «Новоукраїнський районний центр первинної медико-санітарної допомоги» шляхом перетворення. URL: <http://nu-rayrada.gov.ua/download/npb/file/3571/384.zip>
32. Перспективний план на 2017-2018 рр. Новоукраїнської районної державної адміністрації. URL: http://nu.kr-admin.gov.ua/nomatyvni_akty/arhiv/2018/1.rar
33. Аналіз діяльності закладів первинної медико – санітарної допомоги Новоукраїнського району в 2017 році [Електронний ресурс]. – офіц. веб-сайт Новоукраїнської районної адміністрації Кіровоградської області / Новоукраїнська районна адміністрація Кіровоградської області. – Електрон. дані. – [Н.], 2017. URL: <http://nu.kr-admin.gov.ua/SOC/Likarna/pervunka/Novunu.htm>
34. Про обласний бюджет Кіровоградської області на 2020 рік. URL: <https://oblrada.kr.ua/decission/2537/pro-oblasnij-byudzheth-kirovogradskoi-oblasti-na-2020-rik-16-12-2019>
35. Розпорядження голови Новоукраїнської районної державної адміністрації 19 березня 2020 року № 95-р «Про розподіл обсягу субвенції з місцевого бюджету на реалізацію заходів, спрямованих на розвиток системи охорони здоров'я у сільській місцевості за рахунок залишку коштів відповідної

субвенції з державного бюджету, що утворився на початок бюджетного періоду». URL: http://nu.kr-admin.gov.ua/nomatyvni_akty/2020.htm

36. Рішення про бюджет Ганнівської ОТГ на 2020 рік з додатками. URL: <http://gannivska.gromada.org.ua/bjudzhet-2020-15-41-32-03-01-2020>

37. Анкета опитування громадян Кіровоградської області щодо оцінки реформування сфери охорони здоров'я. URL: https://docs.google.com/forms/d/e/1FAIpQLSezJDN6txloXrxjDDpbmM_OCLe_uCZ2EmTxjp4q5IZBLkF6eQ/viewform?usp=sf_link

Література:

38. Аксютіна А.В. Медична реформа в Україні: особливості впровадження / А.В. Аксютіна, Н.В. Сердюкова // Юридичний науковий електронний журнал. – 2017. – № 6. – С.114-116. URL:http://www.lsej.org.ua/6_2017/32.pdf

39. Анталовці О.В. Механізм забезпечення та правового регулювання прав пацієнтів в Україні / О. В. Анталовці, В. С. Сухан // Економіка і право охорони здоров'я. – 2015. – № 1. – С. 49-53. URL: http://nbuv.gov.ua/UJRN/eprozd_2015_1_11

40. Беззуб І. Другий етап медичної реформи в Україні: (не) на часі. Громадська думка про правотворення. 2020. № 7 (192). С. 3–12. URL: http://nbuviap.gov.ua/index.php?option=com_content&view=article&id=4878:drugij-etap-medichnoji-reformi-v-ukrajini-ne-na-chasi&catid=71&Itemid=382

41. Беланюк М. В., Радзієвська О. Г., Маньгора Т. В. Трансформація системи охорони здоров'я в Україні. Інформація і право. 2019. № 4. С. 119-128. URL: http://nbuv.gov.ua/UJRN/Infpr_2019_4_17

42. Бетлій О. Реформа первинної ланки охорони здоров'я: що думають медичні працівники? К., 2019. URL: https://www.slideshare.net/IER_Kyiv/ss-136085611

43. Булеца С. Б. Права та обов'язки пацієнта та лікаря / С. Б. Булеца // Науковий вісник Ужгородського національного університету. – 2016. – Серія ПРАВО,

Випуск №41., Том 1. – С.93-95207. URL: http://www.visnyk-juris.uzhnu.uz.ua/file/No.41/part_1/24.pdf

44. Бурбела А.Л. Реформи фінансування в галузі охорони здоров'я в пострадянських країнах: уроки для України / А.Л. Бурбела // Економіка і суспільство. – 2017. – №2. – С. 201-207. URL: http://www.economyandsociety.in.ua/journal/8_ukr/35.pdf
45. В Ганнівській ОТГ запрацювала сучасна лікарська амбулаторія. URL: <https://decentralization.gov.ua/news/10922>
46. Гладун З. С. Державна політика охорони здоров'я в Україні (адміністративно-правові проблеми формування і реалізації): Монографія/ Тернопіль, «Економічна думка». 2005. 460 с. URL: http://library.tneu.edu.ua/files/EVD/mg_dpozou.pdf
47. Головачова К. Г. Проблеми реалізації прав пацієнтів на медичну допомогу в Україні / К. Г. Головачова // Підприємництво, господарство і право. – 2017. – №5 – С. 143-146. URL: http://nbuv.gov.ua/UJRN/Pgip_2017_5_33
48. Гомон Д. О. Зарубіжний досвід організації забезпечення охорони здоров'я / Д. О. Гомон, А. В. Денисова // Науковий вісник Херсонського державного університету. Серія : Юридичні науки. - 2016. - Вип. 4(1). - С. 123-126. URL: [http://nbuv.gov.ua/UJRN/Nvkhdu_jur_2016_4\(1\)__30](http://nbuv.gov.ua/UJRN/Nvkhdu_jur_2016_4(1)__30).
49. Горин В. П. Фінансові аспекти реформування охорони здоров'я у зарубіжних державах: висновки для України / В. П. Горин // Світ фінансів. – 2014. – №1. – С.195-204. URL: <http://dspace.tneu.edu.ua/bitstream/316497/5099>
50. Госпітальний округ Кіровоградської області. Департамент охорони здоров'я Кіровоградської обласної державної адміністрації. URL: <http://health.kr-admin.gov.ua/index.php/merezha-gospitalnikh-okrugiv-go-zakladiv-okhoroni-zdorov-ya-vtorinnogo-rivnya-nadannya-medichnoji-dopomogi-kirovogradskoji-oblasti>

51. Громади протидіють пандемії COVID-19. Асоціація міст України. 5 травня 2020 р. URL: <https://www.auc.org.ua/novyna/gromady-protydiyut-pandemiyi-covid-19-dobirka-31>
52. Громадське здоров'я в Україні: реалії, тенденції та перспективи: колективна монографія / за заг. ред. проф. Ждана В. М. та проф. Голованової І.А. Полтава: ТОВ «Фірма «Техсервіс», 2020. 279 с.
53. Гусак Н. В. Як створити в громаді мережу первинного рівня надання медичної допомоги. Портал «Децентралізація». 29 жовтня 2019 р. URL: <https://decentralization.gov.ua/news/columns/11778>
54. Державне управління охороною здоров'я в Україні: генеза і перспективи розвитку: кол. моногр. / [кол. авт.; упоряд. проф. Я. Ф. Радиш, передм. Т. Д. Бахтеєвої, за заг. ред. проф. М. М. Білінської, проф. Я.Ф. Радиша]. – К.: НАДУ, 2013. – 424 с. URL: http://academy.gov.ua/NMKD/library_nadu/Monografiy/aa2d8d7f-9def-4f49-a86b-43c3db9dbd31.pdf
55. Діяльність Кропивницького госпітального округу скасовано Сайт Управління охорони здоров'я Міської ради м. Кропивницького. 30 січня 2020 р. URL: <https://uozkmr.gov.ua/main/1108-dyalnst-kropivnickogo-gosptalnogo-okrugu-skasovano.html>
56. Дубінський С.В. Проблеми забезпечення якості послуг в медичній галузі України / С.В. Дубінський // Європейський вектор економічного розвитку. – 2016. – №1 (20). – С. 52-59. URL: http://nbuv.gov.ua/UJRN/ever_2016_1_7
57. Дутчак С. Європейський вимір та вітчизняні реалії нормативного забезпечення прав пацієнтів в Україні / С. Дутчак // Юридична Україна. - 2016. - № 5-6. - С. 80-89. URL: http://nbuv.gov.ua/UJRN/urykr_2016_5-6_14
58. Західна О.Р. Медична реформа в умовах децентралізації влади в Україні / О.Р. Західна, Ю.І. Мидлик // «Молодий вчений». – 2017. – №11(51). – С. 1155-1158. URL: http://nbuv.gov.ua/UJRN/molv_2017_11_280
59. Здоров'я українців: чи усвідомлює місцева влада відповідальність? Центр спільних дій. 17 липня 2020 р. URL:

<https://www.centreua.org/article/zdorovya-ukrayinciv-chi-usvidomlyuye-misceva-vlada-vidpovidalnist>

60. Кіровоградщина лідирує із будівництва амбулаторій на селі. Інформаційний портал Кіровоградщини «Гречка». Новини Кропивницький. 2 лютого 2021 р. URL: https://gre4ka.info/suspilstvo/62821-kirovohradshchyna-lidyruie-iz-budivnytstva-ambulatorii-na-seli?fbclid=IwAR1JrZnxFaQLqVf-xTZ3S9p5sOtXfJ4v852Nv0nledJaLNn_qAA54mt844Y
61. Кіровоградщина потребує лікарів: у службі зайнятості зареєстровано 123 вакансії. Портал «Кіровоград 24.com». 5 жовтня 2020 р. URL: <http://surl.li/huae>
62. Коломієць О. О. Система охорони здоров'я в Україні: недоліки організації та ризики реформування. Економічний вісник Національного технічного університету України "Київський політехнічний інститут". 2018. № 15. С. 18-27. URL: http://nbuv.gov.ua/UJRN/evntukpi_2018_15_5.
63. Костюк В.С. Реформування охорони здоров'я в Україні в умовах європейської орієнтації / В.С. Костюк // Науковий вісник Міжнародного гуманітарного університету. – С. 39-43. URL: http://nbuv.gov.ua/UJRN/Nvmgu_eim_2017_24%282%29__11
64. Кринична І. Обґрунтування необхідності проведення реформування системи охорони здоров'я в Україні: історичний аспект / І. Кринична // Теорія та історія публічного управління. – 2015. – № 3 (17). – С. 19–26. URL: http://nbuv.gov.ua/UJRN/aplup_2015_3_5
65. Леоненко Т.Є. Права пацієнтів в Україні та гарантії їх реалізації / Т.Є. Леоненко, О.Т. Петльова // Журнал східноєвропейського права. – 2017. – №45. – С. 20-27. URL: http://lib.sumdu.edu.ua/library/DocumentView?doc_id=696845
66. Лисенко Г.І. Розвиток первинної медико-санітарної допомоги на засадах загальної лікарської практики – сімейної медицини в Україні / Г.І Лисенко., Г.О. Слабкий, С.О. Закревська // Семейная медицина. – 2013. – №2(46). – С. 18-21. URL: http://nbuv.gov.ua/UJRN/simmed_2013_2_7

67. Лободіна З.М. Удосконалення національної моделі фінансування охорони здоров'я / З.М. Лободіна // Фінанси України. – 2010. – № 4. С. 88-97 . URL: http://nbuv.gov.ua/UJRN/Fu_2010_4_10
68. Медична реформа – складова децентралізації. Департамент охорони здоров'я Чернівецької обласної державної адміністрації. URL: <https://www.medcv.gov.ua/archives/2786>
69. Медреформа в дії. Як Дмитрівська ОТГ купила собі лікаря, як клуби купують футболістів. Сайт «#ШоТам». 7 серпня 2020 р. URL: <https://shotam.info/medreforma-v-dii-yak-dmytrivska-oth-kupyla-sobi-likaria-iak-kluby-kupuiut-futbolistiv/>
70. Медреформа в умовах пандемії: як це буде. Інформаційний портал Кіровоградщини «Гречка». Новини Кропивницький. URL: <https://gre4ka.info/statti/58368-medreforma-v-umovakh-pandemii-iak-tse-bude>
71. Мережа закладів охорони здоров'я Кіровоградської області. URL: https://docs.google.com/spreadsheets/d/e/2PACX-1vQB_hgNpxYWWz9jTqEBbPGwoaCzu8UtAhgOeclNqd6iDWjXzcg6QB6gldEjpGFM8g/pubhtml?gid=630776131&single=true
72. Методичні рекомендації з питань перетворення закладів охорони здоров'я з бюджетних установ у комунальні некомерційні підприємства / оновлена версія. Схвалено Робочою групою з питань реформи фінансування сфери охорони здоров'я України від 14 лютого 2018 року. URL: https://moz.gov.ua/uploads/0/3555-moz_metod_recomendations_autonomization_2018_ua_final_web.pdf
73. Молень І. Основні напрямки реформування законодавства у сфері охорони здоров'я в Україні. Актуальні проблеми правознавства. 2017. №3. С. 80-85. URL: <http://appj.wunu.edu.ua/index.php/appj/article/view/171>
74. Муляр Г. «Зарубіжний досвід функціонування системи охорони здоров'я в контексті забезпечення реалізації права на охорону здоров'я»/ Г. Муляр // Вісник АПСВТ. – 2020. – № 1-2. –С. 43-52. URL: https://www.socosvita.kiev.ua/sites/default/files/Visnyk_1-2_2020-43-52.pdf

75. На Кіровоградщині лікарня переманила трьох медиків з сусідньої області. Інформаційний портал Кіровоградщини «Гречка». Новини Кропивницький. URL: https://gre4ka.info/zdorov-ia/62356-na-kirovohradshchyni-likarnia-peremanyla-trokh-medykiv-z-susidnoi-oblasti?fbclid=IwAR37YefpIeZNp8_i_dY-t5LfvTru1EkWYiIZ-NVd7sDW2xNOrGfZ9tfpffI
76. Об'єднані громади та медреформа: що варто знати про госпітальні округи. Інтерактивні матеріали Програми USAID DOBRE. URL: <http://decentralization.uacrisis.org/hospitalni-okruhy>
77. Обуховська Л. І. Механізми забезпечення діяльності закладів охорони здоров'я в об'єднаних територіальних громадах. Стратегія і тактика державного управління : зб. наук. праць. Рівне : НУВГП, 2020. №1-2. С. 26-39.
78. Пальчук В. Медична реформа в Україні та особливості розвитку медицини в ОТГ. Україна: події, факти, коментарі. 2018. № 2. С. 39–54. URL: <http://nbuviar.gov.ua/images/ukraine/2018/ukr2.pdf>.
79. Пальчук В. Розвиток первинного рівня медицини в ОТГ. Україна: події, факти, коментарі. 2019. № 22. С. 38–44. URL: <http://nbuviar.gov.ua/images/ukraine/2019/ukr22.pdf>.
80. Пашков В. М. Правове забезпечення реформування сфери охорони здоров'я. Український медичний часопис. 2017. № 2. С. 102-107. URL: http://nbuv.gov.ua/UJRN/UMCh_2017_2_28
81. Проект Програми економічного і соціального розвитку Кіровоградської області на 2021 рік. Офіційний сайт Кіровоградської обласної державної адміністрації. URL: <http://kr-admin.gov.ua/start.php?q=Anons/Ua/2020/2810203.html>
82. Рада ухвалила бюджет 2021: кому і на що бракуватиме коштів. BBCNews Україна. 15 грудня 2020. URL: <https://www.bbc.com/ukrainian/features-55304248>

83. Реформа децентралізації. Урядовий портал. URL:
<https://www.kmu.gov.ua/diyalnist/reformi/efektivne-vryaduvannya/reforma-decentralizaciyi>
84. Реформування первинної медико-санітарної допомоги вступило в найактивнішу фазу // Новоукраїнські новини. – 30 червня 2018 року. – №26. –С.5
85. Сазонець І. Л. Зима І. Я. Визначення проблем та основних напрямів реформування системи охорони здоров'я України. Електронний журнал «Державне управління: удосконалення та розвиток». 2018. № 12. URL:
<http://www.dy.nayka.com.ua>
86. Сприйняття українцями урядових реформ: соціально-демографічні виміри. Фонд «Демократичні ініціативи» імені Ілька Кучеріва. 28 грудня 2020 р. URL:
<https://dif.org.ua/article/spriynyattya-ukraintsyami-uryadovikh-reform-sotsialno-demografichni-vimiri>
87. Стовбан М. П., Стовбан І. В., Толстанов О. К., Гбур З. В. Досягнення позитивного соціального результату для населення від впровадження госпітальних округів. New trends and unresolved issues of preventive and clinical medicine. International scientific conference / September 25-26, Lublin, Republic of Poland, 2020. P. 56–60 URL: <http://www.baltijapublishing.lv/omp/index.php/bp/catalog/book/65>
88. Стовбан М.П., Михальчук В.М., Толстанов О.К., Гбур З.В. Аналіз основних аспектів законодавства щодо госпітальних округів. Український медичний часопис. URL: <https://www.umj.com.ua/article/178640/analiz-osnovnih-aspektiv-zakonodavstva-shhodo-gospitalnih-okrugiv>
89. Стратегічне планування в секторі охорони здоров'я в об'єднаних територіальних громадах: методичний посібник. URL:
<https://decentralization.gov.ua/news/11845>
90. У Дмитрівці відремонтували приміщення амбулаторії (ФОТО). Весь Кіровоград. 30 січня 2018 р. URL: <https://cutt.ly/wxjmEMf>

91. У Петрівському районі планують через місяць завершити будівництво сільської амбулаторії. 25 листопада 2020. Інформаційний портал Кіровоградщини «Гречка». Новини Кропивницький. 26 листопада 2020 р. URL: https://gre4ka.info/suspilstvo/61846-u-petrivskomu-raioni-planuiut-cherez-misiats-zavershyty-budivnytstvo-silskoi-ambulatorii-foto?fbclid=IwAR1lO9BMfoEWQOr1xR_nBjI854aV2lM3QojXE3ef0DF4_n4FbKNkn2IbvL8
92. Україна напередодні місцевих виборів: опитування експертів у регіонах. Фонд “Демократичні ініціативи” імені Ілька Кучеріва. 23 жовтня 2020. URL: <https://dif.org.ua/article/ukraina-naperedodni-mistsevikh-viboriv-opituvannya-ekspertiv-u-regionakh>
93. Україна: огляд реформи фінансування системи охорони здоров’я 2016–2019. Спільний звіт ВООЗ та Світового банку. URL: https://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0018/425340/WHO-WB-Joint-Report_UKR_Full-report_Web.pdf
94. Фірсова О.Д. Система охорони здоров’я Норвегії, особливості організації на муніципальному рівні: досвід для України / О.Д. Фірсова // Економіка та держава. – 2011. – №1. – С. 100-104. URL: http://nbuv.gov.ua/UJRN/ecde_2011_1_27
95. Ціборовський О. М. Проблеми системи охорони здоров’я України та стратегії її реформування / О. М. Ціборовський, П. М. Лисенко // Україна. Здоров’я нації. – 2014. – № 3. – С. 68-75. URL: http://nbuv.gov.ua/UJRN/Uzn_2014_3_12
96. Чкан І. О. Стратегічні реформи України – медицина в селі / І. О. Чкан // Збірник наукових праць Таврійського державного агротехнологічного університету (економічні науки). - 2013. - № 1(1). - С. 383-388. URL: http://nbuv.gov.ua/UJRN/znptdau_2013_1_1_49
97. Шатковський Я. М. Роль української медичної реформи в модернізації первинної ланки надання медичної допомоги. Публічне право. 2018. № 2. С. 132-137. URL: http://nbuv.gov.ua/UJRN/pp_2018_2_19

98. Шишацька Н.Ф. Права пацієнтів у міжнародних документах / Н.Ф. Шишацька // Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров'я України. – 2013. – №4(58). – С. 84-86. URL: http://nbuv.gov.ua/UJRN/VSG_2013_4_19
99. Що треба знати про медицину сьогодні: нові райони, COVID, фінансування. Портал «Децентралізація». 4 лютого 2020 р. URL: <https://decentralization.gov.ua/news/13040>
100. Юристовська Н. Я. Напрямки державного забезпечення рівноправності у доступі до медичних послуг сільського населення у процесі реформування системи охорони здоров'я. Ефективність державного управління: зб. наук. пр. ЛРІДУ НАДУ. 2017. URL: http://www.lvivacademy.com/vidavnitstvo_1/edu_53/fail/15.pdf
101. Юристовська Н. Я. Теоретичні аспекти державного забезпечення рівних можливостей доступу до медичних послуг та доступності медичного обслуговування сільського населення. Ефективність державного управління. 2017. Вип. 2. С. 138-147. URL: http://nbuv.gov.ua/UJRN/efdu_2017_2_18
102. Як Дмитрівська громада лікарку купувала. Історія з життя. Портал «Децентралізація». 24 липня 2020 р. URL: <https://decentralization.gov.ua/news/12656>
103. Як знайти лікарів у порожній амбулаторії: історія ОТГ, яка змогла. Рубрика – онлайн-видання. 28 жовтня 2020 р. URL: <https://rubryka.com/article/dmytrivska-otg-doctor/>
104. Ямненко Т. М. Медична реформа: реалії України та міжнародний досвід. Юридичний вісник. Повітряне і космічне право. 2018. № 2. С. 116-120. URL: http://nbuv.gov.ua/UJRN/Npnau_2018_2_18.
105. Яременко Н. В. Механізми забезпечення та захисту прав пацієнтів в Україні / Н. В. Яременко // Медична інформатика та інженерія. – 2016. – №2. – С. 67-69. URL: http://nbuv.gov.ua/UJRN/Mii_2016_2_14

ДОДАТКИ

Додаток А

Результати опитування анкетування громадян Кіровоградської області щодо оцінки реформування сфери охорони здоров'я

1. Яке Ваше ставлення до ходу медичної реформи? (%)

	Лікарі	Пацієнти				
		Всі	Обласний центр	Місто	СМТ	Село
Цілком підтримую, потрібно продовжувати	21,4	6,1		5,3	15,3	
Потрібно продовжувати, але внести певні зміни	7,1	14,3	100			9,1
Потрібно продовжувати, але внести суттєві зміни	42,9	49		57,9	46,2	63,6
Реформу потрібно скасувати	28,6	30,6		36,8	38,5	27,3

Продовження додатку А

2. Чи можна було суттєво поліпшити надання медичних послуг населенню без докорінної реформи? (%)

	Лікарі	Пацієнти
Ні, медицина потребувала швидких і кардинальних змін	28,6	30,6
Так, стара система була успішною і працюючою медичною моделлю і потребувала незначної корекції	50	36,7
Важко сказати	7,1	30,7
Інше	14,3	2

3. Запроваджувана медична реформа більше враховує інтереси хворих чи медичних працівників? (%)

	Лікарі	Пацієнти
Медичних працівників	7,1	16,3
Пацієнтів	14,3	12,2
Чиновників	35,7	38,8
Важко сказати	42,9	26,5
Інше		6,2

4. Який етап медичної реформи Ви вважаєте більш успішним? (%)

	Лікарі	Пацієнти
Реформу надання первинних медичних послуг, впровадження сімейних лікарів	28,6	28,6
Реформу сільської медицини	-	2
Реформу спеціалізованої медицини, вторинної та третинної ланки	7,1	6,1
Жоден етап не є успішним	64,3	63,3

Продовження додатку А

5. Чи вистачає коштів, які надає Національна служба здоров'я України для лікування пацієнтів в межах тарифів заявлених державним гарантованим пакетом медичної допомоги (%)

	Лікарі	Пацієнти
Достатньо		2
Ні, бо реальна вартість медичної послуги вища	85,7	75,5
Загалом достатньо, але деякі пакети послуг варто переглянути		16,3
Інше	14,3	6,2

6. Якщо фінансування медичних послуг з державного бюджету їхнім замовником Національною службою здоров'я України є недостатнім, то хто повинен дофінансовувати медичні послуги гарантовані законодавством: (%)

	Лікарі	Пацієнти
Фінансувати медичну послугу має тільки НСЗУ	14,3	18,4
Громади за добровільним рішенням їх органів самоврядування з місцевого бюджету	14,3	6,1
Встановлення фіксованої ставки, яку повинні обов'язково виділяти місцеві бюджети	7,1	10,2
Добровільна страхова медицина та самі пацієнти	21,4	2
Обов'язкова страхова медицина	42,9	57,1
Інше		6,2

Продовження додатку А

7. Хто повинен фінансувати модернізацію медичних закладів, з метою покращення якості медичного обслуговування (%)

	Лікарі	Пацієнти
Державний бюджет	71,4	69,4
Місцеві бюджети добровільно по можливості та за необхідністю		8,1
Місцеві бюджети обов'язково (фіксовані відрахування)	21,5	12,2
Благодійні фонди (організації та окремі громадяни)		4
Інше	7,1	6,3

8. Хто повинен контролювати ефективність використання коштів з державного бюджету на оплату гарантованого пакету послуг (%)

	Лікарі	Пацієнти
Сам пацієнт	7,1	10,2
Представники громади-власника медичного закладу	7,1	4
Державні контролюючі органи	42,9	63,3
Національна служба здоров'я України	35,8	20,5
Інше	7,1	2

Продовження додатку А

9. Яким чином повинно відбуватися дофінансування з місцевих бюджетів спеціалізованих закладів охорони здоров'я в межах госпітального округу членами окремих громад (%)

	Лікарі	Пацієнти
В залежності від кількості населення (потенційних пацієнтів)	42,9	27,6
В залежності від спроможності громади (добровільно)		14,3
Кошти виділяє НСЗУ, в залежності від кількості пацієнтів, які отримали медичну допомогу	35,7	57,1
Інше	21,4	1

10. У 2018 році для Кіровоградської області було затверджено 3 госпітальних округи, а у 2021 році залишили тільки один. Ваше ставлення: (%)

	Лікарі	Пацієнти
Оптимізація призведе до поліпшення надання медичних послуг, оскільки вони будуть більш якісні і професійні	7,1	
«Оптимізація» погіршить надання медичних послуг, оскільки для багатьох територіально вони стануть малодоступними	78,6	93,9
Важко сказати	14,3	6,1

**Опитування лікарів КНП «Кіровоградська обласна лікарня
Кіровоградської обласної ради»**



Авторські фото (24.12.2020)

**Юлія Олегівна Ягодінова – сімейний лікар Дмитрівської амбулаторії
ЗПСМ**



Як Дмитрівська громада лікарку купувала. Історія з життя. Портал «Децентралізація». 24 липня 2020 р.

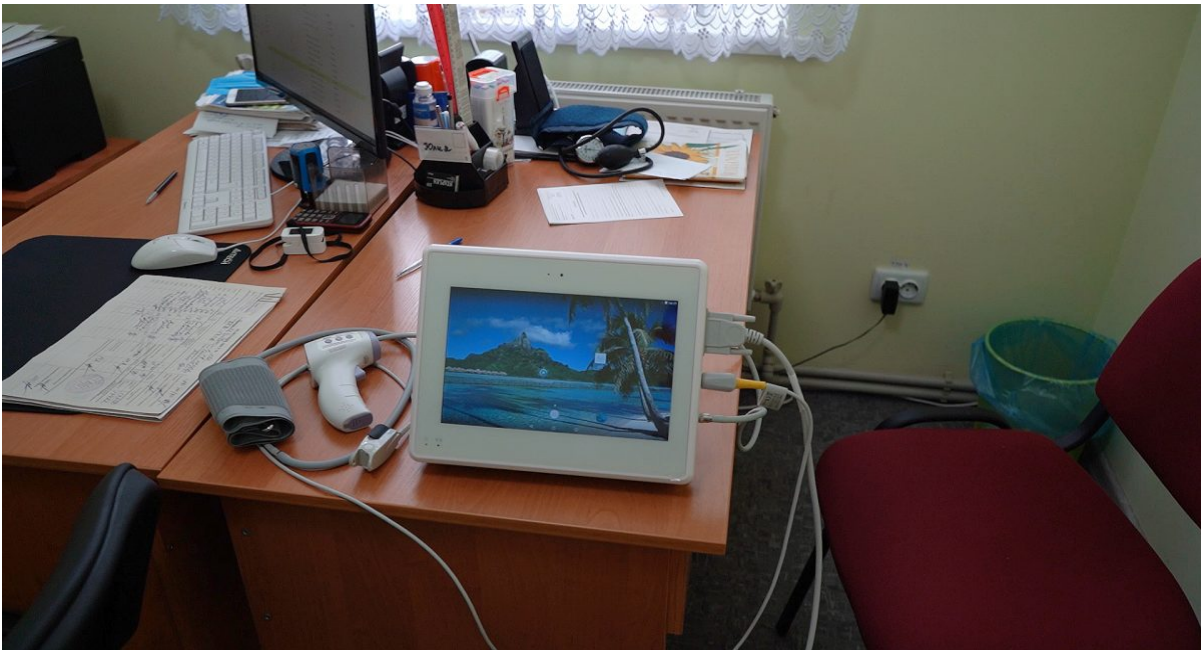
URL: <https://decentralization.gov.ua/news/12656>



Медреформа в дії. Як Дмитрівська ОТГ купила собі лікаря, як клуби купують футболістів. Сайт «#ШоТам».

URL: <https://shotam.info/medreforma-v-dii-yak-dmytrivska-oth-kupyla-sobi-likaria-iak-kluby-kupuiut-futbolistiv/>

**Амбулаторія загальної практики сімейної медицини Дмитрівської
сільської ради Знам'янського району Кіровоградської області**



Медреформа в дії. Як Дмитрівська ОТГ купила собі лікаря, як клуби купують футболістів. Сайт «#ШоТам».

URL: <https://shotam.info/medreforma-v-dii-yak-dmytrivska-oth-kupyla-sobi-likaria-iak-kluby-kupuiut-futbolistiv/>

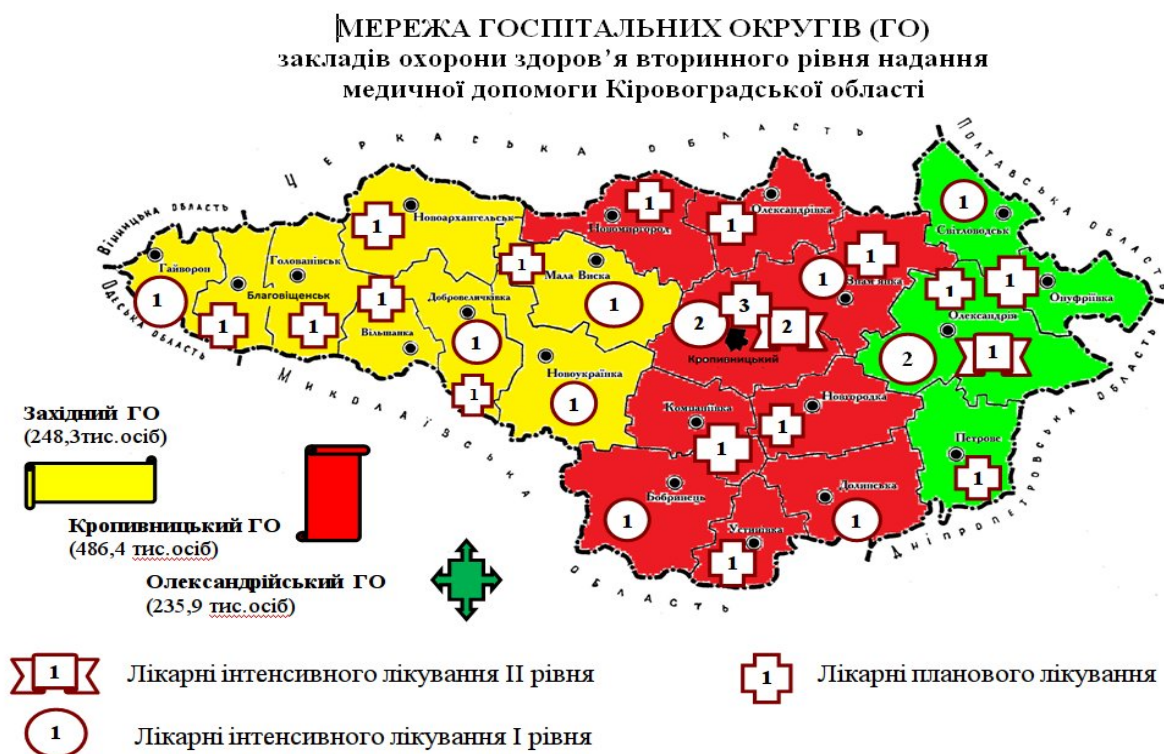


Як Дмитрівська громада лікарку купувала. Історія з життя. Портал «Децентралізація».
24 липня 2020 р.

URL: <https://decentralization.gov.ua/news/12656>

Проект утворення мережі госпітальних округів в Кіровоградській області

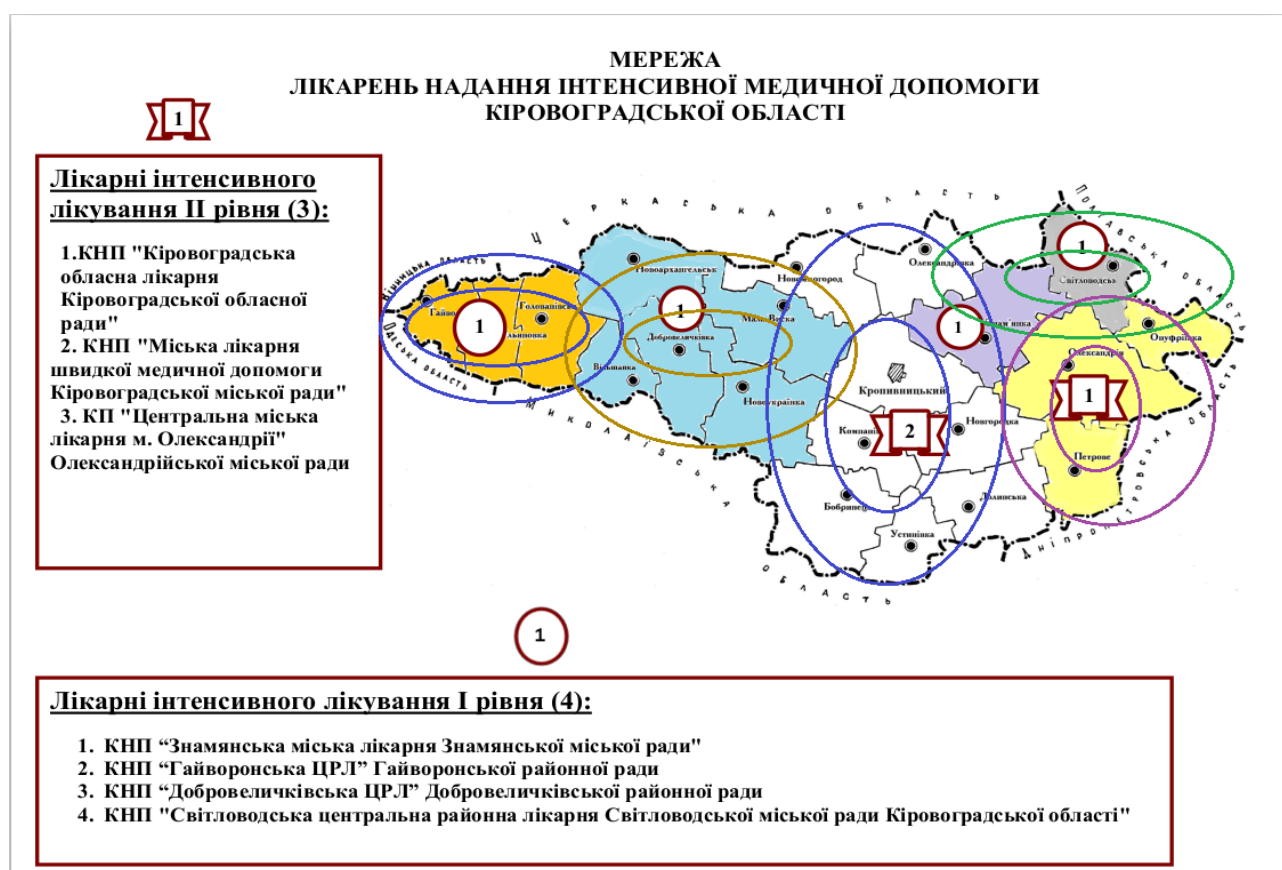
У 2017 році планувалося створити 3 госпітальних округи



<https://uozkmr.gov.ua/main/465-uryad-zatverdiv-kropivnickiy-gosptalniy-okrug.html>

Госпітальний округ Кіровоградської області

16 січня 2020 року Розпорядженням голови Кіровоградської обласної державної адміністрації від №74-р "Про затвердження складу госпітального округу Кіровоградської області та утворення обласної госпітальної ради" було створено один госпітальний округ.



Департамент охорони здоров'я Кіровоградської обласної державної адміністрації. URL: <http://health.kr-admin.gov.ua/index.php/merezha-gospitalnikh-okrugiv-go-zakladiv-okhoroni-zdorov-ya-vtorinnogo-rivnya-nadannya-medichnoji-dopomogi-kirovogradskoji-oblasti>

Навчальне видання

Бондарчук Ю.П., Бондарчук С.В., Ванін Ю.К.

**ПРАВОВЕ РЕГУЛЮВАННЯ
УЧАСТІ ОРГАНІВ МІСЦЕВОГО САМОВРЯДУВАННЯ
У РЕФОРМУВАННІ СФЕРИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я
НА МАТЕРІАЛАХ КІРОВОГРАДСЬКОЇ ОБЛАСТІ**

Підписано до друку 23.06. 2021. Формат 60х84/16.

Ум.- друк. арк. 5,16. Друк офсетний. Гарнітура "TimesNewRoman".

Наклад 300 прим. Зам. № 71961.

Віддруковано з оригінал-макету замовника

у ПП "Поліум"

25006, м. Кропивницький, а/с-1/42

polium@ukr.net

Свідоцтво про внесення суб'єкта видавничої справи
до Державного реєстру видавців, виготівників і розповсюджувачів
видавничої продукції ДК № 593 від 13.09.2001 р.