

# Що зміниться після реформи охорони здоров'я

17 листопада відбувся міжнародний круглий стіл з панельними дискусіями на тему «Основи законодавства про охорону здоров'я як «національна медична конституція»: історія створення, проблеми і перспективи закону», який присвячувався 25-річчю з дня прийняття Закону України від 19.11.1992 р. № 2801 «Основи законодавства України про охорону здоров'я» (далі — закон № 2801). Організаторами заходу виступили кафедра медичного права ФПДО Львівського національного медичного університету імені Данила Галицького, комітет медичного і фармацевтичного права та біоетики Національної асоціації адвокатів України, Асоціація шкіл громадського здоров'я у Європейському регіоні (ASPHER), Міжнародний фонд «Відродження», Українська фундація правової допомоги, Адвокатське об'єднання «МедЛекс», ГО «Фундація медичного права та біоетики України», Львівський обласний благодійний фонд «Медицина і право». У ньому взяли участь представники органів державної влади, головні лікарі закладів охорони здоров'я, юристи, члени громадських організацій, медичні працівники, а також професори та викладачі медичних і юридичних вищих навчальних закладів України. У рамках даної публікації висвітлено питання реформи фінансування системи охорони здоров'я, шляхи розвитку системи громадського здоров'я, автономізації закладів охорони здоров'я та ін.



Про створення закону № 2801 розповів **Ігор Усенко**, к.ю.н., професор, завідувач відділу історико-правових досліджень Інституту держави і права ім. В.М. Корещького, який входив у робочу групу при Комісії (наразі Комітет) Верховної Ради України з питань охорони здоров'я з розробки даного закону. Зокрема, він підкреслив, що під час розробки закону № 2801 використовувалися законодавчі акти деяких країн Європейського Союзу, Канади, Швейцарії, а також матеріали проектів кодексів, що розроблялися в УРСР у 20–30 рр. XX ст.

Доповідач звернув увагу, що після того, як МОЗ України внесло на розгляд Парламенту проект даного закону, його прийняли в першому читанні, однак під час підготовки до другого читання він зазнав суттєвих змін, які й готувалися Парламентським комітетом з питань охорони здоров'я.

Основні суперечки, які тоді виникали з Міністерством, полягали не в самому баченні сфери охорони здоров'я, а в окремих положеннях. Зокрема, дискутували щодо положення про зобов'язання батьків піклуватися про здоров'я своїх дітей, їх фізичний та духовний розвиток і т.д. Адаже на той час було незрозуміло, як саме це положення дотримуватиметься та контролюватиметься.



Своїм баченням проблеми системи охорони здоров'я поділився **Олексій Кириченко**, член Комітету Верховної Ради України з питань охорони здоров'я. Він зазначив, що нещодавно Парламентом прийнято декілька законів, які покликані змінити принципи фінансування системи охорони здоров'я, а саме фінансову та управлінську автономізацію лікарень та застосування нової одиниці дискреції — медичної послуги. В алгоритмі «гроші ходять за пацієнтом» передбачається створення спеціалізованого оператора бюджетних коштів, виділених на медичну сферу. Наступним кроком планується розрахувати вартість та затвердити гарантований пакет медичних послуг.

Також після впровадження цієї реформи очікується підвищення середнього рівня оплати праці медиків, що покликане втримати в професії кадри, а оплата за результатом наданих ними медичних послуг стимулюватиме їх до якісної роботи. Окрім цього, за умов наявності кваліфікованого персоналу та належного технічного забезпечення наявність лише матеріальних важелів та логічної системи контролю дозволить втілювати й комплексні рішення у сфері профілактики захворювань. Адаже наразі багато пацієнтів звертаються за медичною допомогою на пізніх стадіях захворювання саме через острах незапланованих витрат. Однак з впровадженням даної реформи пацієнти отримають реальне лікування за бюджетні кошти, а це стане головним фактором, який змушуватиме пацієнтів звертатися до лікаря на ранніх стадіях захворювання.

Стосовно сфери санітарно-епідеміологічного благополуччя О. Кириченко зауважив, що через непередумані та законодавчо не підкріплені дії Уряду в цій сфері панує хаос. Втрачена важлива складова профілактичної медицини. Наразі Комітет Верховної Ради України з питань охорони здоров'я завершує роботу над поданням законопроектів «Про внесення змін до деяких законодавчих актів України у частині оптимізації системи центральних органів виконавчої влади у сфері санітарного та епідемічного благополуччя населення» № 5134 та № 5134-1. Завдяки цьому владість врегулювати ситуацію, що склалася, та створити фундамент для подальшого розвитку системи громадського здоров'я.



**Володимир Курпіта**, радник в.о. міністра охорони здоров'я, зазначив, що громадське здоров'я необхідно розуміти не лише в рамках медицини, оскільки його законодавчі інструменти є ширшими, ніж стандартні підходи, які застосовують у медицині. Зокрема, це питання, які стосуються оподаткування, освіти, запровадження окремих норм. І найголовніше, яким чином держава планує дотримуватися цих норм та забезпечувати їх примусове застосування. Наприклад, чи порушуватимуться корпоративні інтереси виробників алкогольних та тютюнових виробів, які сплачують значні суми податків до бюджету, при промові відмови від тютюнопаління і вживання алкоголю, які шкодять здоров'ю. Такі дискусії виникають не лише в Україні, а й на міжнародному рівні. Адаже, з одного боку, здоров'я людей є цінністю, яку держава повинна підтримувати, а з іншого — ці компанії роблять значний внесок в економічне зростання держави.

Саме з цією метою у сфері громадського здоров'я запропоновано певні зміни. 30 листопада 2016 р. Урядом затверджено Концепцію розвитку громадського здоров'я, яка визначає комплекс інструментів, процедур і заходів, що реалізуються державними та недержавними інституціями для зміцнення здоров'я і попередження захворюваності, збільшення тривалості активного і працездатного віку та заохочення до здорового способу життя шляхом об'єднання зусиль усього суспільства.

Також доповідач нагадав, що главою 22 Угоди про асоціацію між Україною, з одного боку, та Європейським Союзом, Європейським співтовариством з атомної енергії і їх державами-членами — з іншого, визначені основні напрямки у сфері громадського здоров'я, у рамках яких Україна співпрацюватиме з ЄС. Зокрема, це питання впровадження реформ, подальшого розвитку первинної медико-санітарної допомоги, навчання персоналу та попередження і контролю над інфекційними хворобами, такими як ВІЛ/СНІД і туберкульоз, підвищення готовності до ризику спалахів високопатогенних хвороб та імплементації Міжнародних медико-санітарних правил тощо.

Наразі в рамках реформи системи громадського здоров'я запропоновано 5 основних пріоритетних напрямків:

- 1) прийняття Закону України «Про систему громадського здоров'я». Поряд з цим передбачається внесення змін до Закону України «Про санітарно-епідеміологічне благополуччя населення» для того, щоб забезпечити здійснення наглядних функцій;
- 2) формування нової інституційної спроможності як МОЗ, так і новоствореного Центру громадського здоров'я, які повинні формувати і реалізувати політику у сфері громадського здоров'я;
- 3) створення регіональних центрів громадського здоров'я;
- 4) програми для вирішення пріоритетних питань громадського здоров'я.

Регіональні центри громадського здоров'я мають об'єднати заклади, які наразі виконують часткові функції громадського здоров'я. Зокрема, це лабораторні центри, які функціонують в областях, центри моніторингу та оцінки виконання програмних заходів з протидії ВІЛ-інфекції/СНІД і т.д.



Про доступність лікарських засобів через призму впровадження Національного переліку основних лікарських засобів розповіла **Вікторія Тимошечка**, директор програмної ініціативи «Громадське здоров'я» Міжнародного фонду «Відродження». Вона нагадала, що нова редакція Національного переліку затверджена постановою КМУ від 16.03.2017 р.

№ 180. Його основна мета полягає в забезпеченні мінімальним пакетом лікарських засобів, доступ до яких держава гарантує всім пацієнтам безкоштовно, шляхом раціонального використання державних коштів. Також вона зауважила, що наразі медичну спільноту і пацієнтів турбує питання, чи не зменшиться обсяг лікування та не залишаться пацієнти без лікарських засобів. На думку доповідача, обсяг лікування не повинен зменшитися. Можливо лише, що тепер українців не лікуватимуть саме 4-м класом антибіотиків чи останнім поколінням лікарських засобів.

Однак переважна більшість лікарських засобів, які увійшли до нової редакції Національного переліку, є в міжнародних клінічних протоколах. При цьому існує можливість розширення Національного переліку за умови, якщо фармацевтичний виробник готовий обговорювати з МОЗ умови зниження ціни, обсяги поставок. Для цього наразі готується проект документа стосовно затвердження робочої групи, яка займатиметься саме перемовинами з виробниками.

Раніше у постанові КМУ від 05.09.1996 р. № 1071 «Про порядок закупівлі лікарських засобів закладами та установами охорони здоров'я, що фінансуються з бюджету» зазначався перелік лікарських засобів, який містив 1110 позицій міжнародних непатентованих назв (МНН) лікарських засобів, які закуповували заклади охорони здоров'я за бюджетні кошти. На сьогодні Національний перелік налічує 410 МНН. Однак, на думку доповідача, зменшення кількості МНН є позитивним моментом, адже тепер неможливо призначати ліки з сумнівною ефективністю, а лише з доведеною. Крім того, Національний перелік містить багато аналогів МНН з постанови № 1071.



**Владислава Бронева**, радник з юридичних питань Проекту USAID «Реформа ВІЛ-послуг в дії», зауважила, що протягом 25 років закон № 2801 забезпечував дотримання двох основних принципів — передбачуваність і комплексність державної політики охорони здоров'я, яка відображена в цьому документі. Це те, чого сьогодні неможливо досягнути прийняттям різних окремих законів, у яких потім виникають колізії, через що їх складно застосовувати на практиці. Тому необхідно говорити про стратегічний розвиток в Україні законодавства з питань охорони здоров'я. Позиція багатьох практиків полягає в тому, що необхідно рухатися до кодифікації законодавства у сфері охорони здоров'я. І закон № 2801 є саме тим фундаментом, на якому може ґрунтуватися така кодифікація.



Питання механізмів інтелектуальної власності, які можуть розширити доступ до лікування, торкнулася **Оксана Кашинцева**, к.ю.н., доцент, завідувач Центру гармонізації прав людини та прав інтелектуальної власності Науково-дослідного інституту інтелектуальної власності НАПрНУ. Вона зауважила, що, за даними Всесвітньої організації інтелектуальної власності (ВОІВ), за період 2001–2015 рр. в Україні у сфері фармації видано 5,09% загальної кількості патентів, а в медицині — 8,22%. Однак попри велику кількість патентів, за інформацією бази даних Scopus, частка України в загальній кількості публікацій щодо інноваційних технологій у медицині становила всього 0,29%.

За даними французького медичного журналу Prescrire, 68% з 3000 лікарських засобів, які були зареєстровані з 2005 р. у Франції, не є новітніми, а, за даними фонду «The National Institute for Health Care Management», Управління з контролю за харчовими продуктами і лікарськими засобами США (U.S. Food and Drug Administration — FDA) у 1995–2002 рр. зареєструвало лікарські засоби, з яких 75% є безпечними та ефективними, але належать до препаратів «me-too» чи таких, що не мають додаткових терапевтичних переваг.

За даними Світового банку, немає жодної науково доведеної кореляції між надходженням зарубіжних інвестицій у країну та посиленням національного патентного захисту технологій у формі збільшення кількості виданих патентів.

Доповідач наголосила, що сьогодні в Україні є чинними патенти, які давно вже не діють на території ЄС, тобто присутня спекуляція на недосконалому патентному законодавстві України, яка дозволяє це робити.

Стосовно положення Угоди про торговельні аспекти прав інтелектуальної власності з видачі примусової ліцензії на виробництво запатентованого лікарського засобу доповідач зазначила, що наразі працює робоча група, яка розроблятиме механізм примусового ліцензування, що дасть можливість потрапити на фармацевтичний ринок генеричним препаратам у кількості, яка потрібна для пацієнтів, і за розумну ціну.



Про запровадження в Україні електронної системи охорони здоров'я розповів **Андрій Колодій**, правовий радник Проектного офісу eHealth. Він зауважив, що старт розробки електронної системи охорони здоров'я (далі — система eHealth) почався з підписання третього Меморандуму між МОЗ України, Державним агентством з питань електронного урядування та Всеукраїнською мережею людей, які живуть з ВІЛ/СНІД, та Transparency International Ukraine. Підписання меморандуму стало початком розробки системи eHealth, що покликана стати інструментом, який від імені держави фіксуватиме точність даних на первинному рівні охорони здоров'я, що започаткує реформування цієї ланки медицини. Для лікарів система eHealth має стати механізмом забезпечення їх основної функції — проведення лікування, вивільнивши час від заповнення різних документів.

Для пацієнтів же ця система дасть можливість створити єдину медичну картку; обрати лікаря, надати чи ознайомитися з відгуками, спростити отримання інформації.

На сьогодні проектний офіс eHealth відповідає за створення центрального державного компоненту eHealth, який забезпечує реєстрацію медичних закладів, лікарів та пацієнтів. Реєстрація



відбувається через медичні інформаційні системи (апаратні програмні комплекси), що встановлюються в державних та приватних закладах охорони здоров'я. Центральний державний компонент eHealth забезпечуватиме збереження цих даних, а медичні інформаційні системи мають забезпечити можливість користування такими даними для лікарів.

Наразі вже 5 медичних інформаційних систем забезпечують повний функціонал, який необхідний для реєстрації, декларації лікарів і забезпечення фінансування первинної ланки медицини. Однак багато інформаційних систем подали заявки для залучення до системи eHealth, тому очікується, що найближчим часом їх кількість тільки зростатиме.

Для того щоб закладу охорони здоров'я приєднатися до системи eHealth, необхідно зайти на портал Національної служби охорони здоров'я ([www.portal.ehealth-ukraine.org](http://www.portal.ehealth-ukraine.org)), який наразі працює в тестовому режимі, обрати медичну інформаційну систему, яка вже, можливо, встановлена в закладі охорони здоров'я, і через неї здійснити реєстрацію закладу, а потім провести реєстрацію лікарів.

На сьогодні повністю закінчена розробка електронного рецепта, його запровадження залежатиме лише від технічної можливості медичних інформаційних систем та внесення змін до наказу МОЗ України від 19.07.2005 р. № 360 «Про затвердження Правил виписування рецептів на лікарські засоби і виробу медичного призначення, Порядку відпуску лікарських засобів і виробів медичного призначення з аптек та їх структурних підрозділів, Інструкції про порядок зберігання, обліку та знищення рецептурних бланків». Тому електронний рецепт планується запустити в пілотному режимі в окремих областях приблизно в квітні 2018 р.



**Костянтин Надутий**, заступник голови правління Всеукраїнського лікарського товариства, громадська експертна платформа ПРО S VITA, помічник народного депутата України, зазначив, що МОЗ стосовно реформи системи охорони здоров'я спочатку стверджувало, що спасіння галузі полягає в наданні закладам охорони здоров'я більшої автономії. У зв'язку із цим в 2017 р. прийнято Закон України № 2002-VIII «Про внесення змін до деяких законодавчих актів України щодо удосконалення законодавства з питань діяльності закладів охорони здоров'я» (далі — закон № 2002), який 7 листопада набув чинності. Однак він не працював через відсутність нормативно-правової бази, яка б забезпечувала виконання та фінансування цього закону. Були сподівання, що ринок врегулює цю ситуацію, однак для цього ринкове регулювання має бути наповнене коштами, адже ринок регулюється грошовими потоками, але сьогодні більшість фінансових потоків знаходяться в кишенях громадян. Тому ринкове регулювання в галузі охорони здоров'я не може застосовуватися. По-перше, через асиметрію інформації, оскільки пацієнт не є компетентним споживачем, і, по-друге, медична послуга — вимушене споживання. Наприклад, коли «швидка» везе людину з серцевим нападом, то нічого не обирає, а лише потребує медичної допомоги. В Україні близько 80% госпіталізацій припадає саме на екстрені випадки, а решта 20% — залишаються на ринкове регулювання, з яких зможуть

ект № 6327 не відповідає Конституції України. У ньому також не передбачена роль місцевих органів влади в системі охорони здоров'я, їм лише надано повноваження у сфері громадського здоров'я і фінансування комунальних платіжів місцевих закладів охорони здоров'я.

Тому доповідач зауважив, що громадською експертною платформою ПРО S VITA розроблено Концепцію реформи охорони здоров'я, яка має на меті збільшення тривалості життя українців «80+», та закликав присутніх приєднатися й підтримати цю концепцію.



**Віталій Пашков**, д.ю.н., професор, завідувач кафедри цивільного господарського та екологічного права Полтавського юридичного інституту Національного юридичного університету імені Ярослава Мудрого, звернув увагу на те, що реформування охорони здоров'я розпочалося з прийняття Концепції реформи фінансування системи охорони здоров'я, затвердженої розпорядженням КМУ від 30.11.2016 р. № 1013-р. Цим документом передбачалося впровадження в Україні моделі державного солідарного медичного страхування. І першою редакцією законопроекту № 6327 пропонувався впровадити саме солідарне медичне страхування, однак в підготовці до другого читання його було виключено.

Окрім цього, законопроект № 6327, який ще не підписано Президентом України, розроблено з розрахунком, що до 2020 р. збільшення обсягу фінансування охорони здоров'я сягне 3,8% валового внутрішнього продукту України. Однак у проекті Закону України «Про державний бюджет на 2018 р.» збільшення цієї ставки не враховано. Таким чином, Президент України повинен підписати або проект бюджету на 2018 р., або законопроект № 6327, бо вони вступають між собою в протиріччя.

Також В. Пашков зазначив, що закон № 2002 надає можливість бюджетним закладам охорони здоров'я змінювати свою організаційно-правову форму з державних та комунальних закладів на казенні підприємства або комунальні некомерційні підприємства. Однак при цьому одразу ж забороняється реорганізувати за-



**Ірина Селіванова**, к.ю.н., доцент кафедри господарського права Національного юридичного університету ім. Ярослава Мудрого, експерт у галузі правового забезпечення організації господарської діяльності, радник ЮФ ІЛФ, зауважила, що 6 червня 2016 р. прийнято Закон України № 1405 «Про внесення змін до деяких законодавчих актів України щодо управління об'єктами державної та комунальної власності», яким вводяться наглядові ради в комунальній та державній підприємств. Враховуючи те, що в процесі реформи охорони здоров'я мають виникнути комунальні і казенні некомерційні підприємства, відповідно, щодо них теж можуть застосовуватися норми про наглядові ради. Враховуючи законодавчу базу, доповідач виділила 3 аспекти контролю за їх діяльністю.

1. Управління і контроль з боку власника. З точки зору управління, по-перше, керівники закладів охорони здоров'я призначатимуться на конкурсних засадах. Також І. Селіванова зазначила, що в кулуарах йде обговорення необхідності розподілу повноважень головного лікаря і керівника підприємства, як це відбувається в приватних медичних закладах. По-друге, з'являється наглядова рада. Наразі розроблено критерії для державних підприємств відповідно до яких на таких підприємствах створюється наглядова рада. Стосовно комунальних, то кожна територіальна громада має розробити критерії, порядок призначення членів наглядової ради і т.д. По-третє, у некомерційних підприємств охорони здоров'я з'являється необхідність розробки фінансового плану, у якому зазначаються доходи й витрати.

2. Контроль з боку громадськості. Для цього законодавством передбачено створення спостережних і опікунських рад при державних і комунальних закладах охорони здоров'я. Спостережна рада формується з представників громадськості та органів влади. Вона, зокрема, розглядатиме питання щодо дотримання прав та забезпечення безпеки пацієнтів, додержання вимог законодавства при здійсненні медичного обслуговування населення закладом охорони здоров'я, фінансово-господарської діяльності такого закладу.

3. Контроль пацієнта. Він полягає в можливості притягнення до відповідальності керівників закладів охорони здоров'я за невиконання ними умов договору про надання медичних послуг.



Проблеми післядипломної медичної освіти та необхідності безперервного професійного розвитку розглянув **Олександр Толстянов**, д.м.н., професор, проєктор з науково-педагогічної роботи Національної медичної академії післядипломної освіти ім. П.Л. Шупика. Він зауважив, що в Україні існує кілька проблем з інтернатурою, вона перестала бути формою підготовки лікарів лише за базовими спеціальностями. Також нею порушується принцип справедливості у виборі спеціальності «бюджетними» і «контрактними» випускниками ВНЗ, а тривалість та якість підготовки лікаря-спеціаліста не відповідають європейським вимогам.

Нещодавно прийнятий Закон України «Про освіту» дещо змінив положення Закону України «Про вищу освіту», яким ліквідується клінічна ординатура, а залишається інтернатура і резидентура.

У ЄС Директивою Європейського парламенту та Ради Європейського Союзу 2005/36/ЄС від 7 вересня 2005 р. «Про визнання професійних кваліфікацій» скасована система державного розподілу випускників медичних ВНЗ, тому що це утворює відповідне конкурентне середовище і ліквідує корупційну складову. Наразі відповідні законодавчі зміни в Україні вже запроваджені.

Нині розробляється проєкт, яким пропонується скорочення кількості лікарських спеціальностей в інтернатурі (до 16) за рахунок введення вузьких та високотехнологічних спеціальностей у резидентуру. Такий підхід дозволить зберегти всі напрямки підготовки за медичними спеціальностями на додипломному етапі, залишивши лише базові спеціальності.

Введення резидентури як нової форми спеціалізації лікарів дозволить забезпечити якісну підготовку фахівців за 47 спеціальностями. При цьому потрібно використовувати принцип «квотування», завдяки якому обсяг конкурсного прийому в резидентуру становитиме до 20–25% випускників інтернаттури (або до 800–1000 осіб щороку), бо країні не потрібно набирати осіб для тих напрямків, де вистає спеціалістів.

За всіма іншими 62 спеціальностями із 127 (наприклад УЗД, дієтологія, фізіотерапія, ендоскопія тощо) лікарі зможуть готуватися піс-

ля інтернаттури чи резидентури на циклах спеціалізації. Частина цих спеціальностей у перспективі може бути скорочена чи переведена в резидентуру.

Також О. Толстанов озвучив кілька пропозицій щодо вдосконалення післядипломної освіти. Так, він наголосив на необхідності:

- прийняття нового положення про інтернатуру, лікарську резидентуру та клінічну ординатуру, яка згодом буде ліквідована;
  - затвердження переліку спеціальностей інтернаттури, лікарської резидентури та спеціалізації;
  - скасування вимог підготовки лікарів-резидентів тільки за високотехнологічними лікарськими спеціальностями;
  - надання можливості здобувати професію в резидентурі без обов'язкового відпрацювання 3 років, але лише найкращим або тим, хто навчається за власний кошт, однак кількість спеціальностей має бути квотована, а також тим, хто бажає змінити спеціальність.
- Запровадження нового підходу щодо безперервного професійного розвитку лікаря відповідно до стандарту всесвітньої федерації медичної освіти дозволить на законодавчому рівні визначити для сфери охорони здоров'я дефініцію поняття «безперервний професійний розвиток» і розробити його стандарти. Також це дасть можливість поетапного скасування лікарських кваліфікаційних категорій згідно з терміном їх дії та ввести професійне ліцензування лікарської діяльності замість атестації на кваліфікаційні лікарські категорії.



Про перспективи використання договору як форми регулювання відносин між державою, надавачем послуг і пацієнтами розповіла **Олена Хитрова**, керівник практики медицини та фармації ЮФ ІЛФ, юридичний радник МОЗ України, адвокат, член Харківської експертної групи підтримки медичної реформи. Вона звернула увагу, що ще 5 років тому в закон № 2801 внесено зміни, згідно з якими розпорядник бюджетних коштів має право укладати із закладом охорони здоров'я договори про медичне обслуговування населення. Однак з часу внесення змін випадки використання цих договорів не стали поширеними, оскільки, насамперед, з огляду на форму договору, який затверджено для використання в пілотних регіонах, він не має визначення вартості, і на той час не було затверджено визначення «медичної послуги». 6 листопада 2017 р. набули чинності зміни до закону № 2801, якими залишено положення про можливість розпорядника коштів укладати договори про медичне обслуговування. Окрім цього, законопроект № 6327 планується, що уповноважений орган, який буде здійснювати фінансування, укладатиме договір про медичне обслуговування населення. Однак цим законопроектом змінюється предмет такого договору, у ньому зазначається, що це буде договір про надання медичних послуг на користь третіх осіб. Законопроектом передбачається необхідність визначення в цьому договорі переліку, обсягу медичних послуг, відповідальності сторін і т.д.

Таким чином, це змінює регулювання правовідносин між сторонами: державою, пацієнтом та надавачем медичних послуг. Законопроект також передбачає відповідальність надавача медичних послуг за цим договором. Наприклад, забороняється вимагати оплату за надані медичні послуги в межах програми медичних гарантій у будь-якому форматі. Якщо це буде виявлено, то такий надавач медичних послуг нести відповідальність за договором, а уповноважений орган, який стане замовником медичних послуг, матиме право односторонньої відмови від договору.

Однак при цьому виникає питання, у яких судах розглядатимуться ці спори, оскільки за новою редакцією Кодексу адміністративного судочинства спори, які виникають між уповноваженою стороною за публічно-правовими договорами, вирішуються в судах адміністративного судочинства. Тобто можуть бути дві категорії спорів: якщо є позов до уповноваженого органу, то він має вирішуватися в адміністративному судочинстві, а якщо це позов, який буде виникати через порушення виконання договору між уповноваженим органом або медичним закладом, то це може бути господарське законодавство, а якщо між пацієнтом у рамках претензій до виконання договору, то це цивільне законодавство.

У наступній публікації висвітлюватимуться питання реформи військової медицини, клінічного аудиту, прав людини у сфері охорони здоров'я, здійснення господарської діяльності з медичної практики фізичними особами — підприємцями, реформи трансфізіологічної допомоги та ін. ■

Євген Прохоренко,  
фото Сергія Бека



забезпечити собі лікування лише кілька відсотків. При цьому забезпечені пацієнти, як правило, обирають приватний сектор надання медичних послуг. Тому комерційне регулювання охорони здоров'я в Україні є неефективним.

Також К. Надутий наголосив на відсутності діалогу між державними управліннями та професійною медичною спільнотою, бо положення про автономізацію закладів та затвердження гарантованого пакету медичних послуг медична спільнота спровокувала раніше за профільне міністерство. Зокрема, в 2016 р. у Парламенті був зареєстрований законопроект за № 4456 «Про організацію медичного обслуговування населення в Україні», який передбачав затвердження гарантованого пакету медичних послуг і створення єдиного закупівельника цих послуг, тобто всі аспекти законопроекту «Про державні фінансові гарантії надання медичних послуг та лікарських засобів» (реєстраційний № 6327) професійною експертною спільнотою передбачено на рік раніше.

Однак на сьогодні медичне співтовариство потрапляє в пастку, бо навіть юридичне управління Парламенту визначило, що законопро-

екти охорони здоров'я Міністерства оборони України, Міністерства внутрішніх справ України, Служби безпеки України, Державної прикордонної служби України, Державної пенітенціарної служби України, які є дійсно державними і можуть бути казенними. Бо державних медичних закладів як таких практично немає. Більше 90% закладів охорони здоров'я в Україні є комунальними, які наразі можуть реорганізуватися в комунальні некомерційні підприємства.

У зв'язку із цим також виникає питання, а хто може стати керівником такого медичного комунального некомерційного підприємства? Адже довідник кваліфікаційних характеристик професій працівників чітко встановлює, що керівником медичного закладу може стати лікар з 10-річним стажем роботи, який повинен мати певні кваліфікаційні категорії і т.д.

Однак хто ж може бути керівником комунального некомерційного підприємства? Відповідно до довідника кваліфікаційних характеристик професій працівників керівники таких підприємств повинні мати повну вищу освіту другого рівня за спеціальностями «Право» або «Економіка».