

УДК 347.122:351.77(477)

І. Фуртак,
А. Варава

ПРАВОВЕ ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ РАЦІОНАЛІЗАЦІЇ ДЕРЖАВНОГО УПРАВЛІННЯ СИСТЕМИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ

Зазначено, що результативність і ефективність удосконалення правового забезпечення державного управління охороною здоров'я України буде досягнуто за умови, якщо вдасться створити систему, здатну виконати необхідні цілі та завдання. Зауважено, що процеси європейської інтеграції та інституційні перетворення у сфері охорони здоров'я сприяють формуванню нової системи управління нею, метою чого є пошук можливостей забезпечення всім верствам населення доступного, якісного медико-санітарного забезпечення. Доведено, що на сьогодні доцільно не зруйнувати радикальними реформами, а еволюційно перебудувати існуючу систему на основі широкомасштабного планового впровадження новітніх євростандартів.

Ключові слова: державне управління, система охорони здоров'я, правове забезпечення реформ.

Перехід до ринкових відносин у системі охорони здоров'я (далі – СОЗ) України має здійснюватись еволюційним шляхом і відображати процеси гуманізації медичної допомоги. Аналізуючи проблеми гармонізації національного законодавства з міжнародним правом, не можна не брати до уваги умови економічного та політичного життя, що склались в Україні на сучасному етапі. Національні інтереси України потребують її утвердження як впливової європейської держави, повноправного члена ЄС. Реформування законодавства в Україні повинно відбуватися відповідно до загальноєвропейських норм і стандартів. Незважаючи на очевидну соціальну значущість питань охорони здоров'я й організації управління цією галуззю соціально-культурної діяльності держави та суспільства, згадані питання недостатньо досліджені науково. Це стосується вивчення окремих вузьких напрямів функціонування СОЗ та законодавства, що їх регулює, а також організації та механізмів галузевого управління СОЗ у контексті євроінтеграції України. Підходи до їх вирішення можна запозичити в країнах ЄС [1].

У ЄС охорона здоров'я є прерогативою національних урядів і, за невеликим винятком, медична допомога надається відповідно до так званого другорядного принципу, який означає, що рішення стосовно охорони здоров'я приймаються на найнижчому з можливих рівнів, і ЄС досі не прийняв рішення з питань національної юрисдикції в охороні здоров'я або з питань фінансування СОЗ. Це пояснюється різноманітністю і відмінностями у культурній та економічній основі окремих систем соціального захисту, а не підходом держав ЄС до важливості питань соціального захисту й охорони здоров'я.

Розвиваючи СОЗ, більшість європейських держав намагаються дотримуватись так званого міжнародного стандарту для СОЗ, який охоплює: загальне обслуговування населення через обов'язкову участь; всеосяжність основних соціальних благ; внески, які ґрунтуються переважно на доходах, а не на придбанні

індивідуального страхування; контроль за собівартістю за допомогою адміністративного механізму (зокрема обов'язкового преїскуранта на послуги, глобальні бюджети й обмеження на інвестиції). Метою реформ у сфері охорони здоров'я, які проводяться у більшості держав ЄС, є: розширення кількості застрахованих; децентралізація державної СОЗ; збільшення первинної допомоги; розширення автономії стаціонарів; посилення приватного сектора; поліпшення якості медичних послуг; пріоритетність профілактики та медичної просвіти.

Нова стратегія ЄС щодо охорони здоров'я має такі напрями: вдосконалення системи інформації стосовно здоров'я на всіх рівнях суспільства, створення механізму швидкого реагування на основі загрози для здоров'я, зосередження на детермінантах здоров'я, шкідливих факторах, пов'язаних зі стилем життя. У контексті євроінтеграції вітчизняну СОЗ необхідно реформувати. Галузь потребує значного збільшення фінансування, хоча воно само навряд чи радикально змінить ситуацію без переходу до інтенсивного шляху розвитку, моделі управління, яка дасть змогу раціонально розподіляти наявні ресурси, забезпечить рівні права та доступність медичних послуг усім категоріям населення. Важливо зазначити, що для СОЗ важливо реформи провадити еволюційно, щоб радикальними кроками остаточно не зруйнувати стагнуючу сферу охорони здоров'я населення, що вмирає, нації, що переживає депопуляцію в Україні. Результати вивчення досвіду державного управління охороною здоров'я держав ЄС дають підстави стверджувати, що в умовах економічної нестабільності, обмеженого та недостатнього фінансування, необхідності вкрай раціонального використання ресурсів великого значення набуває ресурсозберігальний підхід. Він допомагає максимізувати економічну ефективність діяльності окремих лікувально-профілактичних закладів і СОЗ загалом. Механізми ефективного використання ресурсозберігальних технологій забезпечують економію до 20% ресурсів. Реформування державного управління охороною здоров'я в державах ЄС відбувається шляхами, які можна розділити на кілька груп залежно від тенденцій, якими керується центральна влада. До першої групи належать: зміна ролі держави та ринку в СОЗ; децентралізація і передача повноважень на нижчі рівні державного сектора й залучення приватного; більша свобода вибору для посилення можливостей і повноважень громадян, зміна ролі СОЗ. До другої групи відносять стратегії, спрямовані на класифікацію конкретних втручань з погляду досягнення результатів, тобто на визначення тих втручань, які були найбільш чи найменш ефективними. Розвиток ринкових відносин у СОЗ висуває на перший план економічні методи управління. Природно, що на практиці необхідно приймати не одне, а низку рішень, які належать до різних економічних моделей розвитку. Модель "квазіринку", регламентує впровадження ринкових стимулів за наявності державного управління і регулювання. Таку модель застосовано під час реформування СОЗ Британії, Іспанії, Італії, Фінляндії, Швеції, а також у державах Східної Європи [2].

3-поміж усіх міжнародно-правових актів, які закріплюють права і свободи людини та громадянина, зокрема право на охорону здоров'я, виділяємо документи про регулювання правовідносин у СОЗ і прийняті організаціями, що безпосередньо покликані розробляти стандарти в СОЗ. До них насамперед належить Всесвітня організація охорони здоров'я, створена 1946 р. при Організації Об'єднаних Націй. Вона займається заходами, спрямованими на досягнення якнайкращого рівня здоров'я у глобальному масштабі. Серед документів ВООЗ доцільно звернути увагу на Декларацію про розвиток прав пацієнтів у Європі 1994 р. У цьому акті закріплено

права людини та людські цінності в охороні здоров'я, наприклад, право кожної людини на повагу до власної особи та своїх таємниць, право на самовизначення, захист власного здоров'я тією мірою, якою це дозволяють існуючі заходи профілактики та лікування хвороб. Кожна людина повинна мати можливість досягнути найвищого для себе рівня здоров'я [3].

У зазначеній вище декларації подано вимоги до інформації, яка надається пацієнту і, відповідно до положень п. 2.2 цієї декларації, має бути вичерпною. Тобто, це медичні факти щодо свого стану, дані про можливий ризик і переваги запропонованих методів лікування й альтернативних, відомості про можливі наслідки відмови від лікування, діагноз, прогноз і план лікувальних заходів. У документі визначено умови надання згоди на медичне втручання і збереження відомостей стосовно стану здоров'я, інших особистих відомостей про пацієнта. Розділ п'ятий містить норми, що регулюють питання надання медичної допомоги; реалізацію прав пацієнта закріплено у шостому розділі.

У 1947 р. було створено Всесвітню медичну асоціацію (далі – ВМА), що сформувалась з громадських організацій лікарів 64 держав світу. Вона прийняла велику кількість документів: Міжнародний кодекс медичної етики (1983 р.), Декларацію з прав людини і особистої свободи медичних працівників (1985 р.), Декларацію стосовно незалежності та професійної свободи лікаря (1986 р.), Декларацію стосовно еутаназії (1987 р.), Хельсинську декларацію, Рекомендації для лікарів, що проводять біомедичні дослідження на людині (1964 р.), Декларацію стосовно трансплантації людських органів (1987 р.), Заяву про торгівлю живими органами (1985 р.), Рекомендації з надання медичної допомоги у сільській місцевості (1983 р.), Дванадцять принципів надання медичної допомоги у будь-якій системі охорони здоров'я (1983 р.), Заяву про використання психотропних засобів і зловживання ними (1983 р.), Заяву про політику в СОЗ дітей (1987 р.), Заяву про доступність медичної допомоги (1988 р.), Декларацію про жорстоке ставлення до людей похилого віку і старих (1990 р.), Заяву про політику в сфері лікування смертельно хворих пацієнтів, котрі відчувають хронічний біль (1990 р.). Важливими є документи, які визначають етичні норми і правила поведінки лікаря: Заява про свободу контактів між лікарями (1984 р.), Декларація про незалежність і професійну роботу лікаря (1986 р.), Заява про підготовку медичних кадрів (1986 р.), Заява про недбале ставлення лікарів до своїх обов'язків (1992 р.), Заява з питань медичної етики в період катастроф (1994 р.), Мадридська декларація про професійну автономію і самоуправління лікарів (1987 р.), Заява про професійну відповідальність за якість медичного обслуговування (1996 р.). Важливий документ ВМА – Лісабонська декларація про права пацієнта, прийнята 1981 р. із урахуванням змін і доповнень, зроблених у вересні 1995 р. Як передбачено у Преамбулі зазначеної декларації, відносини між лікарями, пацієнтами та громадськістю зазнали змін. Хоча лікар повинен діяти в інтересах пацієнта згідно з власною совістю, але все-таки необхідно визначити гарантії автономії та справедливого ставлення до пацієнта. У цьому документі закріплено основні права, якими, на думку медичної спільноти, має володіти кожний пацієнт. За цією декларацією, пацієнти мають право на високоякісне медичне обслуговування, свободу вибору, самовизначення, отримання інформації, конфіденційності, санітарну просвіту, людську гідність, релігійну підтримку. Визначено також права пацієнта, що перебуває у безсвідомості, недієздатний, та умови, коли процедури проводяться проти волі пацієнта. У 1967 р. створено Всесвітню асоціацію медичного права (далі – ВАМП). Вона об'єднала

медиків, юристів, організаторів охорони здоров'я, спеціалістів із біоетики та інших зацікавлених осіб майже з усіх держав світу, крім СРСР. ВАМП займається розвитком права в СОЗ. Норми права в останні роки інтенсивно проникають у СОЗ, розширюючи свої позиції у всіх її сферах. Створюються нові міжнародні об'єднання лікарів, відбуваються форуми, нерідко присвячені питанням медичного права, що охоплює найгостріші аспекти життя та здоров'я людини і суспільства. Конвенції Міжнародної організації праці теж вміщують стандарти, які певною мірою стосуються охорони здоров'я. Наприклад, ст. 10 Конвенції Міжнародної організації праці (далі – МОП) “Про мінімальні норми соціального забезпечення здоров'я” № 102 від 1952 р. визначає мінімальний перелік медичних послуг, що мають бути надані, зокрема й за рахунок страхування. Відповідно до ст. 13 Конвенції МОП “Про медичну допомогу і допомогу у зв'язку із захворюванням” № 130 від 1969 р., громадяни повинні отримувати такі види медичної допомоги: загальну лікарську допомогу, зокрема вдома; допомогу, яку надають спеціалісти хворим у стаціонарах чи амбулаторно, і допомогу спеціалістів за межами лікарні; отримання необхідних медикаментів за рецептом лікаря чи кваліфікованого спеціаліста; госпіталізацію у випадку необхідності, стоматологічну допомогу; медичну реабілітацію, якщо це передбачено законодавством. Закріплення права на охорону здоров'я на рівні міжнародних документів з прав людини є дуже важливою гарантією визнання цього права і покладає на держави обов'язки стосовно його забезпечення. Міжнародно-правові акти з прав людини, які визначають міжнародні стандарти у СОЗ, є дуже важливою основою для захисту одного з головних прав людини і громадянина. З метою реального здійснення прав людини, зокрема права на охорону здоров'я, потрібно на національному рівні створити відповідну законодавчу базу, хоча прийняття самих лише законів не можна розцінювати як достатній захід. Для того, щоб гарантувати в Україні право на охорону здоров'я кожній людині та громадянину, необхідно поряд із створенням належної нормативно-правової бази в СОЗ вжити заходів в адміністративній, судовій, політичній, економічній, соціальній, освітній та інших сферах державного й суспільного життя. Права людини в СОЗ закріплюються також і в регіональних міжнародно-правових актах з прав людини, що містять міжнародні стандарти у СОЗ. До таких актів належить Європейська соціальна хартія, прийнята 18 жовтня 1961 р., яку Україна готується ратифікувати. Ця хартія – це єдиний документ, що гарантує основні соціальні й економічні права повною мірою. Зауважуючи еволюцію у сфері соціальних прав за останні роки, цей документ став європейським договором про захист людини, що відповідає реаліям ХХІ ст. Європейська соціальна хартія закріплює низку положень, які прямо чи опосередковано вимагають охорони здоров'я. Визначені у ст. 2 Хартії права (право на справедливі умови праці) ґрунтуються на категоричній необхідності захищати здоров'я людей у межах їхньої трудової діяльності. Ст. 3 закріплює обов'язки, пов'язані з безпекою та гігієною в умовах праці. Здоров'я й благополуччя дітей і підлітків захищаються положеннями ст. 7 і 17, а здоров'я вагітних жінок підпадає під захист вимог ст. 8 і 17. У ст. 12 зазначеної вище хартії гарантується право на соціальне забезпечення. Безпосередньо присвячені праву на охорону здоров'я ст. 11 та 13. Держави з метою забезпечення ефективної реалізації права на охорону здоров'я, повинні вжити заходів, спрямованих відповідно до тексту ст. 11 згадуваної хартії на усунення причин захворювань, створення консультативних та освітніх закладів, що мають на меті сприяти зміцненню здоров'я населення і схваленню особистої відповідальності людей за своє здоров'я, запобіганню епідеміям, а також

нешасним випадкам. Комітет ЄС із соціальних прав здійснює аналіз відповідності заходів, які вживає кожна з держав, щоб виконати вимоги цієї статті. Комітет оцінюючи відповідність заходів, що виконують держави, вимогам п. 1 ст. 11 аналізованої хартії, враховує такі аспекти: дії, спрямовані на надання медичних і парамедичних послуг на належному рівні; дії, пов'язані із захистом навколишнього середовища, та ті, що гарантують безпеку продуктів харчування, зменшення забрудненості повітря, води тощо; дії, спрямовані на лікування деяких захворювань, зокрема СНІД, наркоманію, алкоголізм, та бере до уваги відомості про кількість лікувальних закладів, чисельність працюючих у санітарних службах [4].

Дослідження стану дотримання державами положень п. 2 ст. 11 Європейської соціальної хартії здійснюється через перевірку рівня консультативних та освітніх послуг у СОЗ. Вивчаються також дані про інші види діяльності, наприклад кампаній, які займаються привертанням уваги до проблем певних захворювань та здорового способу життя. Оцінка Комітету незалежних експертів з приводу забезпечення виконання державами вимог п. 3 ст. 11 аналізованої хартії відбувається шляхом врахування таких елементів, як вакцинація. Вивчається, чи є щеплення обов'язковими і чи проводяться вони безоплатно (тобто держави зобов'язані довести, що їх програми з вакцинації населення широко доступні й у них бере участь більшість населення). Комітет розглядає дані про реагування держав на інфекційні захворювання, конкретні умови повідомлення населення про захворювання, особливо – лікування у випадках виявлення ВІЛ-СНІД. У висновку зазначеного комітету незалежних експертів Європейської соціальної хартії зазначається: положення ст. 11 цієї хартії стосовно зобов'язання сторін “усунути по можливості причини слабкого здоров'я” будуть вважатись дотриманими державою, якщо вона надасть свідчення наявності в неї належної СОЗ, зокрема належної та загальнодоступної державної СОЗ, що дає змогу надавати необхідну медичну допомогу всьому населенню, яка забезпечує профілактику і діагностування хворого тощо.

Аналізуючи норму ст. 49 Конституції України, що закріплює право на охорону здоров'я, а також його гарантії, можемо зробити висновок: у ч. 3 ст. 49 Конституції передбачено, що держава створює умови для ефективного і доступного для всіх громадян медичного обслуговування, а медична допомога надається у державних і комунальних закладах безоплатно, а також, що існуючу мережу таких закладів не можна скоротити. Окрім цього, держава має фінансувати відповідні соціальні, медико-санітарні, оздоровчо-профілактичні програми, розвиток фізичної культури та санітарно-епідемічного благополуччя. На жаль, коли йдеться про практичну реалізацію положень цієї норми, то виникає велика кількість різних проблем від неналежної нормативно-правової бази у СОЗ до скрутної економічної ситуації в Україні. Положення ст. 13 Європейської соціальної хартії з метою виконання ефективного здійснення права на соціальну і медичну допомогу зобов'язують держави забезпечити, щоб кожна особа, яка опинилась без адекватних ресурсів і не здатна набути такі ресурси власними зусиллями чи з інших джерел, зокрема з фондів соціального забезпечення, змогла б отримати необхідну допомогу на випадок хвороби, гарантувати, аби така допомога не призвела б до скорочення політичних і соціальних прав осіб, які отримують, передбачити, щоб кожен міг отримати через відповідні державні та приватні служби таку пораду й особисту допомогу, які необхідні, щоб запобігти, ліквідувати або полегшити особисту чи сімейну потребу.

Крім Європейської соціальної хартії, на регіональному рівні прийнято інші міжнародно-правові акти з прав людини стосовно захисту здоров'я: Конвенція про захист прав і гідності людини у зв'язку з використанням досягнень біології і медицини; Конвенція про права людини і біомедицину (1996 р.); Конвенція про захист основних прав і свобод людини (1950 р.); Європейський кодекс соціального забезпечення (1964 р., переглянутий 1990 р.) тощо. Відповідно до міжнародно-правових документів, право на охорону здоров'я утворює складову частину системи невід'ємних прав людини. Це право стосується не лише відносин лікаря та пацієнта, обов'язкових вимог до системи охорони здоров'я, а й соціальних стандартів "достатнього життєвого рівня". Реалізація курсу на повніше входження України у світове співтовариство, інтеграція в європейські структури неможлива без забезпечення ефективного процесу імплементації норм міжнародного права у національному законодавстві, його гармонізації з відповідними стандартами та вимогами. Шлях до реальної інтеграції України в Європейське і світове співтовариство пролягає через демократію, захист і реалізацію прав та свобод людини. Для реалізації прав людини необхідно щонайменше прийняти національне законодавство, яке забезпечувало б повагу і захист міжнародно-визнаних прав людини через впровадження європейських стандартів медичної сфери в Україні.

Література

1. Фуртак І. І. Адміністративна реформа в Україні та управління системою охорони здоров'я регіону / І. І. Фуртак // Актуальні проблеми державного управління [Текст] : зб. наук. пр. — Вип. 5. — Львів : ЛФ УАДУ, 2001. — С. 334—342.
2. Фуртак І. І. Удосконалення управління у сфері охорони здоров'я України в умовах євроінтеграції / І. І. Фуртак, В. М. Гринаш // Ефективність державного управління [Текст] : зб. наук. пр. — Вип. 8 / за заг. ред. А. О. Чемериса. — Львів : ЛРІДУ НАДУ, 2005. — С. 325—332.
3. Фуртак І. І. Формування концепції удосконалення державного управління у сфері охорони, збереження та зміцнення здоров'я населення / І. І. Фуртак // Актуальні проблеми державного управління [Текст] : зб. наук. пр. — Вип. 3. — Львів : ЛФ УАДУ, 2000. — С. 344—348.
4. Страхування в галузі охорони здоров'я [Текст] : навч. посіб. / І. Б. Дячук, І. Я. Сенюта, Х. Я. Терешко, І. І. Фуртак ; за заг. ред. І. Я. Сенюти. — Львів : Вид-во ЛОБФ "Медицина і право", 2010. — 216 с.

**I. Furtak,
A. Varava**

LEGAL ENSURING OF RATIONALIZATION OF PUBLIC ADMINISTRATION OF HEALTH CARE SYSTEM OF UKRAINE

In the article it is noted that the effectiveness and efficiency of improvement of the legal ensuring of public administration of health care of Ukraine will be achieved if it will be possible to create a system capable to perform the necessary goals and objectives. It is mentioned that the processes of European integration and institutional transformation in health care sphere contribute to the formation of the new system of its management, the purpose of which is to provide opportunities to all

sections of the population to ensure affordable and qualitative health care provision. It is proved that today we should not destroy by the radical reform but evolutionary to restructure the existing system based on large-scale planned introduction of new European standards.

Key words: public administration, health care system, legal ensuring of reforms.