

О.В. Совгіря, А.О. Янчук¹

Київський національний університет імені Тараса Шевченка, м. Київ,

¹Міністерство охорони здоров'я України, м. Київ

ПРАВО НА БЕЗОПЛАТНУ МЕДИЧНУ ДОПОМОГУ В УКРАЇНІ ТА В ЗАРУБІЖНИХ КРАЇНАХ: СУТНІСТЬ, МЕЖІ, ПРОБЛЕМИ РЕАЛІЗАЦІЇ

E-mail: olga_sovgiria@ukr.net

У зв'язку із проведенням сучасної медичної реформи, посиленням пріоритету соціальної орієнтованості держави в реалізації політики органами державної влади, існує об'єктивна необхідність всебічного та комплексного аналізу проблематики соціальних прав та свобод людини і громадянина. Складовою зазначеної групи прав виступає право кожного на охорону здоров'я, медичну допомогу та медичне страхування, передбачене статтею 49 Конституції України. Частина 3 зазначеної статті Основного Закону України встановлює, що у державних і комунальних закладах охорони здоров'я медична допомога надається безоплатно. Сучасні реалії системи охорони здоров'я в Україні часто свідчать про те, що положення про безоплатність медичної допомоги у таких закладах охорони здоров'я є декларативною нормою Конституції України, що не реалізується на практиці в повному обсязі як класичне право (останнє передбачає: наявність можливостей суб'єкта, за яким це право закріплене, його реалізувати, обов'язок інших суб'єктів створювати умови для реалізації права та не перешкоджати його реалізації, а також гарантії реалізації права та юридичну відповідальність суб'єктів, що право порушують). У статті досліджуються проблеми правового регулювання та реалізації положень про безоплатну медичну допомогу в Україні, а також ілюструються моделі надання такої допомоги на прикладі європейських країн. Особливо виділяється і аналізується проблематика надання безкоштовної медичної допомоги біженцям і нелегальним мігрантам.

Ключові слова: право на охорону здоров'я та медичну допомогу, безоплатність медичної допомоги.

Право кожного на охорону здоров'я, медичну допомогу та медичне страхування, передбачене статтею 49 Конституції України. Частина 3 зазначеної статті Основного Закону України встановлює, що у державних і комунальних закладах охорони здоров'я медична допомога надається безоплатно.

Право на медичну допомогу за класифікацією прав в залежності від сфери правового регулювання належить до соціальних прав. У зв'язку із цим, важливо дослідити сутність зазначеної групи прав, що виражатиме загальні ознаки права на медичну допомогу та дозволить сформулювати концептуальні засади його правового регулювання.

Метою цього дослідження було охарактеризувати сучасні проблеми правового регулювання та реалізації права на безоплатну медичну допомогу. Особлива увага в нашому дослідженні приділятиметься зазначеним питанням в контексті вивчення досвіду зарубіжних країн із зазначеного питання та можливості його імплементації в Україні. Особливим аспектом нашої роботи виступатиме проблематика надання безоплатної допомоги біженцям, що наразі особливо актуально у зв'язку із значними обсягами міграції, яка спостерігається як в світі, так і в Україні.

Матеріал та методи дослідження. Методологія нашого дослідження включатиме такий алгоритм: теоретичні основи питання; сучасний стан правового регулювання за законодавством України; проблеми реалізації відповідних правових норм; досвід зарубіжних країн; пропозиції із вдосконалення правового регулювання в Україні.

Результати дослідження та їх обговорення. У сучасній науці конституційного права існують дві точки зору на розуміння сутності соціальних прав людини і громадянина.

Так, за першим підходом, соціальні права мають переважно характер принципів, правових стандартів і не забезпечуються безпосереднім захистом у судовому порядку. На підтвердження своєї позиції прибічники такого підходу наводять положення Міжнародного пакту про громадянські та політичні права та Міжнародного пакту про соціальні, економічні та культурні права. Положення першого Пакту підлягають застосуванню без застережень, тоді як Положення другого Пакту реалізуються в залежності від матеріальних можливостей держави та поступово [3]. Аргументами на підтримку цієї позиції є і те, що в деяких державах, наприклад у США, дана група прав не відноситься до категорії основних, а тому не включається в конституції [1]. У Швейцарії Верховний Суд, який є органом конституційного контролю у цій державі, не поширює судовий захист і право подання конституційної скарги на соціально-економічні права. Такої ж позиції дотримується і Конституційний Суд Австрії [2].

Відповідно до другої точки зору, таке розуміння соціально-економічних прав суперечить статті 22 Конституції України, відповідно до якої конституційні права і свободи гарантуються і не можуть бути скасовані, а також статті 8 Конституції України, відповідно до якої норми Конституції

України є нормами прямої дії. Звернення до суду для захисту конституційних прав і свобод людини і громадянина безпосередньо на підставі Конституції України гарантується [10].

На думку Конституційного Суду України, викладену ним в Рішенні від 22. 05. 2018 р. № 5-р/2018 (пункт 2.3.), держава виходячи з існуючих фінансово-економічних можливостей має право вирішувати соціальні питання на власний розсуд. Тобто у разі значного погіршення фінансово-економічної ситуації, виникнення умов воєнного або надзвичайного стану, необхідності забезпечення національної безпеки України, модернізації системи соціального захисту тощо держава може здійснити відповідний перерозподіл своїх видатків з метою збереження справедливого балансу між інтересами особи та суспільства. Проте держава не може вдаватися до обмежень, що порушують сутність конституційних соціальних прав осіб, яка безпосередньо пов'язана з обов'язком держави за будь-яких обставин забезпечувати достатні умови життя, сумісні з людською гідністю [9].

Ми розділяємо другий із викладених нами вище підходів до розуміння сутності соціальних прав та вважаємо, що за умови, якщо дане право сформульоване через формулювання “право на” та міститься в розділі Конституції держави, де визначені права, свободи та обов'язки людини і громадянина, його слід розглядати як класичне за своєю природою право з відповідним порядком реалізації та захисту.

Говорячи про способи формулювання права на охорону здоров'я та медичну допомогу, зауважимо на вдалому та сучасному, з нашої точки зору, варіанті такого формулювання у проекті нової Конституції Куби (2018 р.), у (статті 80) якого йдеться про те, що громадське здоров'я — це право всіх людей. Держава гарантує доступ та безоплатне обслуговування, захист та відновлення здоров'я. Закон визначає спосіб надання медичних послуг [15].

Оптимальність такого формулювання, з нашої точки зору, полягає у тому, що Конституція гарантує наявність певного обов'язкового сегменту безоплатної медичної допомоги, обсяг якої встановлюватиметься законом.

1. Право на безоплатну медичну допомогу в Україні: стан правового регулювання та проблеми реалізації.

За оцінками Світового банку, Україна витрачає на медицину в межах 4% ВВП. Окрім цього, додаткові витрати українців на медицину складають 3,5% ВВП: згідно з результатами соціологічних досліджень, 93% українців, що звертаються до лікарень, платять за лікування з власної кишені. Відповідно, Україна витрачає на неефективну медицину значно більше, ніж будь-яка країна з аналогічним рівнем доходів, при цьому тривалість життя українців – одна з найнижчих в Європі: 104 місце серед 183 країн [6].

Аналізуючи стан правового регулювання питання щодо надання безоплатної медичної допомоги, у першу чергу, слід відмітити, що, положення Конституції України, де закріплюється право на безоплатну медичну допомогу у державних і комунальних закладах охорони здоров'я, розтлумачені у Рішенні Конституційного Суду України від 29. 05. 2002 р. № 10-рп/2002 [8], згідно із яким, положення частини третьої статті 49 Конституції України “медична допомога надається безоплатно” треба розуміти так, що у державних та комунальних закладах охорони здоров'я медична допомога надається всім громадянам незалежно від її обсягу та без попереднього, поточного або наступного їх розрахунку за надання такої допомоги.

Хоча, враховуючи дійсний стан справ у цій сфері, при тлумаченні цього положення більш прийнятною, з нашої точки зору, є позиція, висловлена Міністерством економіки України, викладена у зазначеному Рішенні Конституційного Суду України, яке стверджувало, що термін “безоплатність” взагалі не може мати достатнього обґрунтування в умовах ринкової моделі економіки, оскільки видатки на “безоплатну медичну допомогу” завжди оплачуються (раніше чи пізніше) самим пацієнтом шляхом відрахувань від заробітної плати (доходів) до бюджетів. Тому “положення частини третьої статті 49 Конституції України про безоплатність ... є одним з рецидивів планової економіки ... і зовсім не враховує ринкових принципів”. На думку Міністерства, “безоплатну медичну допомогу” доцільніше розглядати як благодійну, що оплачується іншими членами суспільства (пункт 2 мотивувальної частини вказаного Рішення).

Проаналізуємо стан законодавчого регулювання питання надання безоплатної медичної допомоги в Україні, з врахуванням медичної реформи, що триває на сучасному етапі.

Так, відповідно до статті 8 Основ законодавства України про охорону здоров'я [5], кожен громадянин має право на безоплатне отримання у державних та комунальних закладах охорони здоров'я медичної допомоги, до якої належать: екстрена медична допомога; первинна медична допомога; вторинна (спеціалізована) медична допомога, що надається за медичними показаннями у порядку, встановленому центральним органом виконавчої влади, що забезпечує формування державної політики у сфері охорони здоров'я; третинна (високоспеціалізована) медична допомога, що надається за медичними показаннями у порядку, встановленому центральним органом виконавчої

влади, що забезпечує формування державної політики у сфері охорони здоров'я; паліативна допомога, що надається за медичними показаннями у порядку, встановленому центральним органом виконавчої влади, що забезпечує формування державної політики у сфері охорони здоров'я. Держава гарантує безоплатне надання медичної допомоги у державних та комунальних закладах охорони здоров'я за епідемічними показаннями. Держава також гарантує безоплатне проведення медико-соціальної експертизи, судово-медичної та судово-психіатричної експертизи, патологоанатомічних розтинів та пов'язаних з ними досліджень у порядку, встановленому законодавством. Відповідно до частини 5 статті 18 зазначених Основ законодавства, медична допомога надається безоплатно за рахунок бюджетних коштів у закладах охорони здоров'я та фізичними особами - підприємцями, які зареєстровані та одержали в установленому законом порядку ліцензію на провадження господарської діяльності з медичної практики, з якими головними розпорядниками бюджетних коштів укладені договори про медичне обслуговування населення.

Згідно із Законом України “Про екстрену медичну допомогу” [12] на території України кожен громадянин України та будь-яка інша особа мають право на безоплатну, доступну, своєчасну та якісну екстрену медичну допомогу, яка надається відповідно до цього Закону. Іноземці та особи без громадянства, які тимчасово перебувають на території України, а також фізичні особи, які взяті під варту або яким призначено покарання у виді позбавлення волі, забезпечуються екстреною медичною допомогою у порядку, визначеному Кабінетом Міністрів України.

З метою забезпечення належної якості та доступності безоплатної вторинної (спеціалізованої) медичної допомоги та ефективного використання ресурсів системи охорони здоров'я в Україні створюються госпітальні округи. Створення госпітальних округів регулюється постановою Кабінету Міністрів України № 932 від 30. 11. 2016 р. “Про затвердження Порядку створення госпітальних округів” [7]. Зазначений Порядок регламентує, що госпітальні округи створюються Кабінетом Міністрів України в межах Автономної Республіки Крим, області. До складу госпітального округу входять не менше однієї багатoproфільної лікарні інтенсивного лікування першого та/або другого рівня та інші заклади охорони здоров'я. Багатoproфільна лікарня інтенсивного лікування першого рівня повинна забезпечувати надання медичної допомоги не менш як 120 тис. осіб. Багатoproфільна лікарня інтенсивного лікування другого рівня повинна забезпечувати надання медичної допомоги не менш як 200 тис. осіб. Зона обслуговування госпітального округу визначається своєчасністю прибуття до багатoproфільних лікарень інтенсивного лікування, що не повинно перевищувати 60 хвилин, та повинна бути еквівалентна радіусу зони обслуговування 60 кілометрів за умови наявності доріг з твердим покриттям.

Отже, концепцією медичної реформи [4] передбачається наступне.

1) Державний гарантований пакет медичної допомоги поширюватиметься на всіх громадян України та включатиме: первинну медичну допомогу; екстрену медичну допомогу (у тому числі у стаціонарі); основні види амбулаторних послуг за направленням лікаря загальної практики – сімейного лікаря; основні види стаціонарної медичної допомоги за направленням лікаря загальної практики – сімейного лікаря чи лікаря-спеціаліста, включаючи лікарські засоби для стаціонарної та екстреної медичної допомоги, вартість яких відшкодовується через встановлений державою механізм оплати відповідних видів медичної допомоги; амбулаторні рецептурні лікарські засоби, які внесені до національного переліку основних лікарських засобів та вартість яких відшкодовується через механізм реімбурсації;

2) детальний перелік послуг, що входять до державного гарантованого пакета медичної допомоги і підлягають оплаті з державного бюджету або співоплаті за уніфікованим тарифом, а також структура та рівень тарифів на відповідні послуги затверджуватимуться щороку Кабінетом Міністрів України. Пропозиції щодо переліку послуг та рівня тарифів будуть розроблятися єдиним національним замовником медичних послуг (далі – Національною службою здоров'я України) і погоджуватися з МОЗ та Мінфіном. Після затвердження зазначених документів вони підлягатимуть широкому оприлюдненню;

3) послуги первинної та екстреної медичної допомоги (зокрема, у стаціонарі) повністю покриватимуться державним солідарним медичним страхуванням – співоплата для таких послуг не передбачається. Послуги спеціалістів та обстеження за направленням лікаря покриватимуться державним солідарним медичним страхуванням із співоплатою від пацієнта; без направлення лікаря пацієнт оплачуватиме повну вартість. Послуги стаціонарного лікування та високоспеціалізовані послуги покриватимуться державним солідарним медичним страхуванням із співоплатою пацієнта;

4) встановлений обсяг лікарських засобів за рецептом покривається державним солідарним медичним страхуванням із співоплатою пацієнта через механізм реімбурсації. При цьому зазначене

покриття стосуватиметься лише лікарських засобів, включених до Національного переліку основних лікарських засобів;

5) передбачається, що Національна служба здоров'я України: є розпорядником бюджетних коштів, призначених для покриття витрат на надання медичної допомоги для всіх громадян України в межах державного гарантованого пакета медичної допомоги; через свої територіальні органи укладає договори з постачальниками медичних послуг всіх рівнів та форм власності (в тому числі із загальнодержавними та відомчими закладами охорони здоров'я), предметом яких є закупівля медичних послуг в межах державного гарантованого пакета медичної допомоги; не є власником закладів охорони здоров'я та не здійснює управління ними (принцип розмежування функцій замовника і постачальника медичних послуг); через свої територіальні підрозділи проводить розрахунки з будь-яким закладом охорони здоров'я, до якого звертається пацієнт та з яким укладено договір (з використанням для цього єдиних національних реєстрів пацієнтів, закладів охорони здоров'я, медичних послуг); під час замовлення та оплати медичних послуг керується правилами і тарифами, встановленими центральним органом виконавчої влади, що забезпечує формування та реалізує державну політику у сфері охорони здоров'я; здійснює контроль за дотриманням закладами охорони здоров'я належного виконання договорів на надання медичної допомоги в межах державного гарантованого пакета медичної допомоги; забезпечує аналіз та прогнозування потреб населення у медичному обслуговуванні, необхідних для цього ресурсів та аналіз показників діяльності закладів охорони здоров'я.

Державні фінансові гарантії надання необхідних пацієнтам послуг з медичного обслуговування (медичних послуг) та лікарських засобів належної якості за рахунок коштів Державного бюджету України за програмою медичних гарантій визначає Закон України "Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення" від 19. 10. 2017 р. [11].

2. Право на безоплатну медичну допомогу в європейських державах: загальна характеристика.

Охарактеризуємо системи охорони здоров'я та обсяг надання безоплатної медичної допомоги в зарубіжних країнах на прикладі європейських держав. Почнемо здійснення такого аналізу із Іспанії, система охорони здоров'я в якій належить до однієї із найбільш розвинутих у світі.

Так, іспанська національна система охорони здоров'я має широку мережу медичних центрів та лікарень, розміщених по всій країні. Центри охорони здоров'я надають послуги первинної медичної допомоги (сімейна медицина, педіатрія та медсестринство, а також можуть бути представлені акушерками, фізіотерапевтами та соціальними працівниками). Якщо цього вимагають обставини, медична допомога може бути надана в будинку пацієнта. Подібним чином, у сільській місцевості та у невеликих муніципалітетах існують місцеві відділення, де періодично здійснюють прийом медичні працівники району. У лікарнях надається спеціалізована допомога та доступ до неї за факультативним зазначенням послуг первинної медико-санітарної допомоги. Крім того, існує невідкладна служба, створена в лікарнях та певних медичних центрах [14].

Переважає більшість громадян Іспанії мають доступ до системи охорони здоров'я з державних коштів, однак іспанська система охорони здоров'я не є універсальною, тобто лише в силу факту знаходження в Іспанії чи наявності іспанського громадянства, особа не має права на охорону здоров'я. Декрет-закон від 20 квітня 2012 року вніс низку реформ в Національну систему охорони здоров'я, і серед іншого ця система перестала бути універсальною. З тих пір особа має лише право на охорону здоров'я, якщо вона застрахована або є бенефіціаром. Таким чином, охорона здоров'я в Іспанії за рахунок державних коштів через Національну систему охорони здоров'я гарантується тим, хто має статус застрахованого чи є його бенефіціаром [16].

Португальська система охорони здоров'я класифікується як національна система охорони здоров'я в Конституції цієї держави 1974 року. Фінансування здійснюється за рахунок податків, і, хоча охоплення є національним, воно характеризується нерівністю. Регіоналізація, як і в Іспанії, передбачає значну нерівність у сільській та міській місцевостях та між громадянами в залежності від рівня їхнього доходу та роботи. Фрагментація охорони здоров'я є результатом поганої організації та відсутності безперервної політики в галузі охорони здоров'я. Лікарі є державними посадовими особами, хоча їх робота змішується з приватною допомогою, і, незважаючи на те, що ВВП, призначений для здоров'я, більше, ніж у Іспанії та Італії, очікувана тривалість життя португальців не є однією з найвищих [21].

Італійська система охорони здоров'я, як і іспанська, є національною системою охорони здоров'я, що фінансується за рахунок податків. Регіоналізація, як і в Іспанії, спричиняє значну фрагментацію охорони здоров'я та нерівність, особливо між північчю та півднем. Покриття є

універсальним та безкоштовним з 1978 року для всіх італійців та жителів, які мають право на законне проживання в Італії. З 1993 року існує доплата за окремі медичні послуги, яка втім не поширюється на осіб, старше 65 років, осіб віком до 6 років, безробітних, інвалідів та людей з певним порогом доходу. Існує плата за візити до фахівців (від 10 € до 150 €) та окремі дослідження (36,15 € за сеанс) або за лабораторію (3 € для аналізу сечі). У деяких фармацевтичних сферах існує також оплата. Так, пацієнти, які не бажають використовувати генеровані препарати, повинні сплачувати різницю між ціною комерційного бренду та оригінальним препаратом. З 2006 року існує доплата в сумі 25 € в рамках так званих білих кодексів за надання невідкладної медичної допомоги в лікарні, тобто такої допомоги, яка надається в лікарні, але могла би бути надана в іншому медичному закладі [19].

Ірландська система охорони здоров'я є змішаною: існує національна система “для бідних” та приватна система страхування “для багатих”. Економічна криза збільшила кількість громадян, що належать до першої групи, при значному зростанні витрат на охорону здоров'я та нерівності в доступі та наданні послуг громадянам. У той же час, фрагментація медичних послуг і відсутність координації між ними згенерували неефективну систему охорони здоров'я, де профілактичні та оздоровчі заходи потребують поліпшення. Ірландія є типовим прикладом країни, де існуюча система охорони здоров'я не відповідає стандартам сучасних європейських країн, до яких вона належить [20].

Бельгійська система охорони здоров'я належить до моделі соціального страхування. Медичні послуги фінансуються державою, внесками соціального страхування та приватним добровільним страхуванням. Громадяни можуть вільно обирати лікаря (лікаря-терапевта або спеціаліста), однак це призводить до відсутності координації між первинною та спеціалізованою допомогою, створює серйозні проблеми безпеки для пацієнтів та призводить до втрати ефективності системи. Статистичні дані свідчать про повне покриття населення системою загальної охорони здоров'я, але за статистикою в 2010 році 14% населення не зверталися до лікаря саме через фінансові проблеми [17].

Британська національна служба охорони здоров'я має модель охорони здоров'я, аналогічну до іспанської. Медичні послуги фінансуються за рахунок податків. Право на охорону здоров'я пов'язане із соціальним статусом громадянина, а надання послуг здійснюється через комбінацію державних та приватних центрів. Первинна допомога у Сполученому Королівстві має структуру, аналогічну цій структурі в Іспанії. Зарплата медика пов'язана з професійною спроможністю та досвідом. Роль лікаря є більше профілактичною, ніж лікувальною, а командна робота і координація між первинною та спеціалізованою допомогою є розвиненою. Доступ до діагностичних тестів та спеціалістів регулюється списками очікування, а лікар головної медичної допомоги виступає як координатор. Пацієнт вільно обирає професіоналів у галузі охорони здоров'я і консультації; перебування в лікарні є безкоштовними. Однак у Сполученому Королівстві існують також регіони охорони здоров'я, які мають серйозні проблеми в частині нерівності в охороні здоров'я та доступу до лікування [22].

У Швеції право на охорону здоров'я пов'язане з статусом громадянина, охорона здоров'я фінансується за рахунок регіональних податків, однак існує обов'язкова доплата, незалежно від економічної ситуації пацієнта. Надання послуг децентралізоване на регіональному рівні та здійснюється через поєднання державних і приватних центрів. Приватна медицина дуже дефіцитна. Фахівці працюють як команда з розподілом завдань. Координація між первинними та спеціалізованими фахівцями та списками очікування є основними проблемами системи охорони здоров'я. Пацієнт вільно обирає медичний центр та лікарню в своєму регіоні. Доступ до діагностичних тестів та фахівців залежить від направлення спеціаліста. Заробітна плата лікаря залежить від досвіду, професійної підготовки та потреб району. Лікар відіграє, у першу чергу, лікувальну функцію [23].

У французькій системі охорони здоров'я медичні послуги фінансуються за рахунок квот працівників та роботодавців. Право на охорону здоров'я пов'язане з роботою, а надання послуг здійснюється через приватних страхувальників під наглядом держави. Лікарі загальної практики є вільними фахівцями, які мають право поселятися в будь-якій частині території держави. Такий брак регулювання розподілення лікарів на державному рівні спричинив серйозну проблему медичного спустошення зі значними труднощами доступу та нерівністю в охороні здоров'я. Французькі лікарі не оселяються в сільській місцевості або в периферійних районах великих міст, оскільки “вони не є рентабельними”. Медична зарплата пов'язана з професійною діяльністю. Функція лікаря в основному лікувальна; немає спільної роботи або координації між первинною медичною

допомогою та спеціалізованою медичною допомогою. Доступ до діагностичних тестів, спеціалістів та лікарень необмежених, що породжує різноманітність послуг, серйозних несприятливих наслідків для пацієнтів та неефективність системи. Пацієнт вільно обирає медичного працівника, і всі консультації та перебування в лікарні підлягають оплаті [18].

3. Надання медичної допомоги біженцям та нелегальним мігрантам в Україні та в зарубіжних країнах: досвід та проблеми правового регулювання

У контексті досліджуваної нами проблематики слід звернути також увагу на питання надання безоплатної допомоги біженцям, що наразі особливо актуально у зв'язку із значними обсягами міграції, яка спостерігається як в світі, так і в Україні.

Дану проблематику слід досліджувати в двох аспектах: надання медичної допомоги легальним мігрантам, а також надання такої допомоги особам, що знаходяться на території іноземної держави незаконно (нелегальні мігранти).

Надання медичної допомоги легальним мігрантам як в Україні, так і в більшості зарубіжних країн, здійснюється на загальних засадах надання такої допомоги для іноземців. Так, в Україні, відповідно до частини 2 статті 4 Закон України "Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення" [11] іноземцям та особам без громадянства, які тимчасово перебувають на території України, у межах програми медичних гарантій держава забезпечує оплату необхідних медичних послуг та лікарських засобів, пов'язаних з наданням екстреної медичної допомоги. Такі особи зобов'язані компенсувати державі повну вартість наданих медичних послуг та лікарських засобів у порядку, встановленому Кабінетом Міністрів України, якщо інше не передбачено міжнародними договорами чи законами України. Медичні послуги та лікарські засоби, пов'язані з наданням інших видів медичної допомоги, оплачуються іноземцями та особами без громадянства, які тимчасово перебувають на території України, за рахунок власних коштів, коштів добровільного медичного страхування чи інших джерел, не заборонених законодавством.

Говорячи про досвід зарубіжних країн у частині надання медичної допомоги нелегальним мігрантам, слід відзначити, що на сьогодні усі європейські держави, за винятком Іспанії, поки що застосовують обмежувальні норми щодо доступу до охорони здоров'я для нелегальних іммігрантів. У деяких випадках це обмеження передбачає повне закриття, як у Австрії та Швеції, в інших – це обмеження часу, що дозволяє іммігрантам отримати доступ після закінчення терміну дії легального перебування в країні (три місяці в Португалії та Франції і 12 у Великобританії). У будь-якому випадку всі держави пропонують стаціонарну допомогу нелегальним іммігрантам в разі надзвичайних ситуацій медичного характеру, хоча визначення "терміновості" відрізняється між різними національними медичними службами. У деяких країнах, наприклад, як Сполучене Королівство, Австрія та Швеція, нелегальний іммігрант лікується в лікарні, сплачуючи свій медичний рахунок. Несплата такого рахунку в майбутньому може бути причиною того, що надалі влада запобігатиме їхньому в'їзду в країну або не надаватиме дозвіл на проживання [13].

У цілому ж відмова у доступі до охорони здоров'я для нелегальних іммігрантів в Європі має дві цілі: боротися з наявністю цієї імміграції та заощадити витрати на систему охорони здоров'я. При цьому, діти нелегальних мігрантів, як правило, виключаються з норми, яка стосується дорослих, і в більшості країн вони отримують повну безкоштовну медичну допомогу. Нестача державної уваги до мігрантів у медичній сфері часто компенсується послугами, що пропонуються католицькими та протестантськими церквами та іншими неурядовими організаціями, які відіграють у багатьох країнах суттєву роль в опікуванні нелегальними іммігрантами [13].

Висновок

Аналіз проблематики надання безоплатної медичної допомоги дозволив дійти висновків щодо потенційних проблем, з якими може зіштовхнутися реформа системи охорони здоров'я в Україні в цій частині (виходячи із досвіду зарубіжних країн), та яких можна уникнути, застосувавши прогностичний метод та передбачивши у законодавстві відповідні механізми вирішення таких ситуацій.

Отже, до таких основних проблем, з нашої точки зору, слід віднести: 1) коригування обсягу права на охорону здоров'я в залежності від статусу громадянина: іншими словами варто передбачити механізми, які би надавали громадянину можливість максимально адекватно до його стану здоров'я отримати безкоштовну допомогу незалежно від його майнового стану; 2) регіоналізацію медичної допомоги: слід розробити та законодавчо закріпити дієві механізми уникнення різкої регіоналізації медичної допомоги (між містами та селами, та між регіонами з більш високим та більш низьким рівнем економічного розвитку).

Основою успішного розв'язання цих проблем слід назвати безперервність, послідовність, системність та наукову обґрунтованість державної політики в галузі охорони здоров'я.

Список літератури

1. Baglay MV, Leybo YuI, Entina LM. Osnovy pravovogo polozheniya lichnosti. Konstitutsionnye prava i svobody grazhdan. Konstitutsionnoe pravo zarubezhnykh stran: Uchebnik dlya vuzov. M.: Norma, 2005; 135 s. [in Russian]
2. Kolesova NS, Lukasheva EA. otv. red.. Mekhanizmy zashchity prav i svobod cheloveka i grazhdanina v zarubezhnykh gosudarstvakh. Prava cheloveka. Uchebnik dlya vuzov. M.: Izdatelstvo NORMA (Izdatelskaya gruppa NORMA-INFRA-M), 2001; 427 s. [in Russian]
3. Konstitutsiyne pravo Ukrayini: Pidruchnik. Za red. Todiky YuM ta Zhuravskogo VS. K.: 2002; 150 s. [in Ukrainian]
4. Medichna reforma v Ukrayini. <https://www.prostir.ua/?library=medychna-reforma-v-ukrajini>. [in Ukrainian]
5. Osnovi zakonodavstva Ukrayini pro okhoronu zdorovya vid 19. 11. 1992 r., zi zminami. Vidomosti Verkhovnoyi Radi Ukrayini. 1993; 4: 19. [in Ukrainian]
6. Palchuk V, Polovinchak N. Medychna reforma: chogo chekaty u 2018 rotsi 382. [in Ukrainian]
7. Postanova Kabinetu Ministriv Ukrayini "Pro zatverdzhennya Poryadku stvorennya hospitalnykh okrugiv" vid 30. 11. 2016 r. № 932 // <http://zakon.rada.gov.ua/laws/show/932-2016-%D0%BF>
8. Rishennya Konstitutsiyного Sudu Ukrayini u spravi za konstitutsiyним podannam 53 narodnikh deputativ Ukrayini shchodo ofitsiyного tlumachennya polozhennya chastiny tretoyi statii 49 Konstitutsiyi Ukrayini "u derzhavnykh i komunalnykh zakladakh okhoroni zdorovya medychna dopomoga nadaetsya bezoplatno" (sprava pro bezoplatnu medychnu dopomogu) vid 29. 05. 2002 r. № 10-rp/2002. Ofitsiyний visnik Ukrayini. 2002; 23: 1132. [in Ukrainian]
9. Rishennya Konstitutsiyного Sudu Ukrayini vid 22. 05. 2018 r. № 5-r/2018 u spravi za konstitutsiyним podannam 49 narodnykh deputativ Ukrayini shchodo vidpovidnosti Konstitutsiyi Ukrayini (konstitutsiynosti) punktu 12 rozdil I Zakonu Ukrayini "Pro vnesennya zmin ta viznannya takymy, shcho vtratyly chynnist, deyakykh zakonodavchikh aktiv Ukrayini" vid 28 grudnya 2014 roku № 76-VIII. www.ccu.gov.ua/sites/default/files/docs/5-p.pdf. [in Ukrainian]
10. Shuklina NG. Konstitutsiyно-pravove reguluyannya prav i svobod lyudini i gromadyanina v Ukrayini (problemi teorii i praktiki): Monografiya. K.: Tsentр navchalnoyi literatury. 2005. 271—272. [in Ukrainian]
11. Zakon Ukrayini "Pro derzhavni finansovi garantiyi medichnogo obslugovuvannya naselennya" vid 19. 10. 2017 r. // Vidomosti Verkhovnoyi Radi, 2018, № 5, st. 31. [in Ukrainian]
12. Zakon Ukrayini "Pro ekstrenu medichnu dopomogu" vid 05. 07. 2012 r., zi zminamy. Vidomosti Verkhovnoyi Radi, 2013, № 30, 340. [in Ukrainian]
13. Carmen González Enríquez. La atención sanitaria a los inmigrantes irregulares: una comparación europea https://www.files.ethz.ch/isn/150670/ARI53-2012_Gonzalez_Enriquez_atencion_sanitari
14. Cómo funciona la asistencia sanitaria en España? <https://www.spain.info/es/informacion-practica/consejos-viaje/consejos-practicos/salud-seguridad/#subir>
15. Dr. C. Juan Vela Valdés. El Proyecto de Constitución de la República de Cuba // Revista cubana de salud pública.-2018.-№ 4. <http://www.revsaludpublica.sld.cu/index.php/spu/article/view/1707/1191>
16. Quien tiene derecho a la sanidad pública en España? <http://www.aademvegabaja.org/blog/?p=699>
17. Sánchez-Sagrado T. La atención primaria en Bélgica // Medicina de Familia. Semergen. Vol. 43. Núm. 6. Septiembre 2017, páginas 50-53 <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S113835931600109X> doi.org/10.1016/j.semerg.2016.03.002
18. Sánchez-Sagrado T. La atención primaria en Francia // Medicina de Familia. Semergen. Vol. 42. Núm. 1. Enero-Febrero 2016, páginas 58-62. <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1138359315002762> <https://doi.org/10.1016/j.semerg.2015.07.004>
19. Sánchez-Sagrado T. La atención primaria en Italia // Medicina de Familia. Semergen. Vol. 44. Núm. 1. Enero-Febrero 2018, páginas 50-53 <https://doi.org/10.1016/j.semerg.2017.03.009>
20. Sánchez-Sagrado T. La atención primaria en Irlanda // Medicina de Familia. Semergen. Vol. 43. Núm. 8. Noviembre - Diciembre 2017, páginas 537-598 <http://www.elsevier.es/es-revista-medicina-familia-semergen-40-articulo-la-atencion-primaria-irlanda-S1138359317300576> DOI: 10.1016/j.semerg.2017.02.004
21. Sánchez-Sagrado T. La atención primaria en Portugal // Medicina de Familia. Semergen. Vol. 44. Núm. 3. Abril 2018, páginas 151-222. DOI: 10.1016/j.semerg.2017.09.007
22. Sánchez-Sagrado T. La atención primaria en el Reino Unido // Medicina de Familia. Semergen. Vol. 42. Núm. 2. Marzo 2016, páginas 110-113. <https://doi.org/10.1016/j.semerg.2015.07.013>
23. Sánchez-Sagrado T. La atención primaria en Suecia // Medicina de Familia. Semergen. Vol. 42. Núm. 6. Septiembre 2016, páginas 408-411. <https://doi.org/10.1016/j.semerg.2015.09.019>

Резюме

ПРАВО НА БЕСПЛАТНУЮ МЕДИЦИНСКУЮ ПОМОЩЬ В УКРАИНЕ И ЗАРУБЕЖНЫХ СТРАНАХ: СУЩНОСТЬ, ПРЕДЕЛЫ, ПРОБЛЕМЫ РЕАЛИЗАЦИИ

Совгиря О. В., Янчук А. А.

В связи с проведением современной медицинской реформы, усилением приоритета социальной ориентированности государства в реализации политики органами государственной власти, существует объективная необходимость всестороннего и комплексного анализа проблематики социальных прав и свобод человека и гражданина. Составной указанной группы прав выступает право каждого на охрану здоровья, медицинскую помощь и медицинское страхование, предусмотренное статьей 49 Конституции Украины. Часть 3 указанной статьи Основного Закона Украины устанавливает, что в государственных и коммунальных учреждениях здравоохранения медицинская помощь предоставляется бесплатно. Однако современные

THE RIGHT TO FREE MEDICAL CARE IN UKRAINE AND FOREIGN COUNTRIES: ESSENCE, LIMITS, PROBLEMS OF IMPLEMENTATION

Sovgyria O.V., Yanchuk A.A.

In connection with the implementation of modern medical reform, the increasing priority of social orientation of the state in the implementation of the policy by state authorities, there is an objective need for a comprehensive and integrated analysis of the issues of social rights and freedoms of man and citizen. The constituent group of rights is the right of everyone to health protection, medical care and medical insurance, provided for by Article 49 of the Constitution of Ukraine. Part 3 of this article of the Basic Law of Ukraine establishes that in state and municipal health care institutions medical care is provided free of charge.

реалії системи здравоохрaнення в Україні часто свідчать про те, що положення про безплатність медичної допомоги в таких закладах здравоохрaнення є декларативною нормою Конституції України, не реалізується на практиці в повному об'ємі як класичне право (останнє передбачає наявність можливостей суб'єкта, за яким це право закріплено, його реалізувати, зобов'язаність інших суб'єктів створювати умови для реалізації права і не перешкодити його реалізації, а також гарантії реалізації права і юридичну відповідальність суб'єктів, що порушують право). В статті досліджуються проблеми правового регулювання і реалізації положень про безплатну медичну допомогу в Україні, а також ілюструється модель надання такої допомоги на прикладі європейських країн. Особливо виділяється і аналізується проблематика надання безплатної медичної допомоги біженцям і нелегальним мігрантам.

Ключові слова: право на охорону здоров'я і медичну допомогу, безплатна медична допомога.

Стаття надійшла 23.06.18 р

Howeвер, сучасні реалії системи охорони здоров'я в Україні часто свідчать про те, що положення про безплатність медичної допомоги в таких закладах здравоохрaнення є декларативною нормою Конституції України, не реалізується на практиці як класичне право (останнє передбачає наявність можливостей суб'єкта, за яким це право закріплено, його реалізувати, зобов'язаність інших суб'єктів створювати умови для реалізації права і не перешкодити його реалізації, а також гарантії реалізації права і юридичну відповідальність суб'єктів, що порушують право). Стаття досліджує проблеми правового регулювання і реалізації положень про безплатну медичну допомогу в Україні, а також ілюструє модель надання такої допомоги на прикладі європейських країн. Особливо виділяється і аналізується проблематика надання безплатної медичної допомоги біженцям і нелегальним мігрантам.

Key words: the right to health care and medical care, free medical care.

Рецензент Голованова І.А.

DOI 10.26724/2079-8334-2018-4-66-100-103

УДК 616.1/2 – 053.32'461/462'-021.7

Г.О. Соловійова, В.І. Похилько, С.М. Цвіренко, Н.І. Гасюк, Ю.Ю. Климиш
ВДНЗ України «Українська медична стоматологічна академія», Полтава

ОСОБЛИВОСТІ КАРДІОРЕСПІРАТОРНОЇ АДАПТАЦІЇ ПІЗНІХ ПЕРЕДЧАСНО НАРОДЖЕНИХ ДІТЕЙ В РАНЬОМУ НЕОНАТАЛЬНОМУ ПЕРІОДІ

E-mail: halysol2017@gmail.com

В роботі представлені результати добового моніторингу ЕКГ з паралельним записом реопневмограми 22 «пізніх недоношених» дітей, в виходженні яких з першої доби життя використовувався метод «кенгуру» та 20 немовлят, у яких через стан здоров'я матері цей метод був обмеженим. Виявлено періодичне дихання з наявністю респіраторних пауз у всіх «пізніх недоношених» дітей та вірогідно більш виражена електрична нестабільність міокарда у дітей, у яких був обмеженим метод «кенгуру» в ранньому неонатальному періоді.

Ключові слова: «пізні недоношені» діти, постнатальна адаптація, метод кенгуру, реопневмографія, добове моніторування ЕКГ.

Робота є фрагментом НДР «Розробити та впровадити систему медико-психологічного супроводу для новонароджених груп ризику з формування хронічної захворюваності, інвалідності та затримки розвитку» (державний реєстраційний № 0117U004538).

Адаптація недоношених дітей до позаутробного існування складна й вимагає ретельного контролю за всіма життєво важливими параметрами в постнатальному періоді. Загальна незрілість новонародженого в поєднанні з перенесеними метаболічними й гіпоксичними порушеннями «залишає лише вузький коридор» його компенсаторних можливостей. Ранній неонатальний період у недоношених новонароджених характеризується особливою напругою гомеостатичних механізмів і супроводжується встановленням нових форм їх регуляції. Передчасно народжені діти з гестаційним віком 34 (0/7) – 36 (6/7) тижнів відносяться до категорії «пізніх недоношених» дітей або незначно передчасно народжених. Вони при народженні є фізіологічно незрілими, що обумовлює обмеженість їх адаптаційних можливостей та вразливість до виникнення захворювань [1,2].

Згідно з даними Darnall, внаслідок незрілості дихального центру стовбура головного мозку, близько 10% «пізніх недоношених» дітей страждають від патологічного апное [3]. Вони мають вдвічі вищий ризик синдрому раптової дитячої смерті, ніж доношені діти [4]. В гестаційному віці 35 тижнів пізні недоношені діти мають менший об'єм невральних структур і маса їхнього мозку становить близько 60% від маси мозку доношених дітей. Друга половина пізнього фетального періоду, починаючи з 34 тижнів вагітності, є інтенсивним періодом гірфікації, сулькації, аксонального росту та синаптогенезу, в цьому періоді різко зростає кількість борозен, звивин, синапсів, дендритів, аксонів, олігодендроцитів, астроцитів та мікроглії [5-10]. Саме тому вивчення компенсаторно-приспосувальних резервів адаптації «пізніх передчасно народжених» дітей актуально з метою підвищення ефективності виходження недоношених новонароджених.