

АКТУАЛЬНІ ПРОБЛЕМИ ДОСТУПУ ДО МЕДИЦИНИ ПІД ЧАС ВОЄННОГО СТАНУ

CURRENT CHALLENGES OF ACCESS TO HEALTHCARE DURING THE WAR

Максимович М.І., студентка VI курсу юридичного факультету
Київський національний університет імені Тараса Шевченка

Литвин Н.А., д.ю.н., професор,
професор кафедри службового та медичного права
Київський національний університет імені Тараса Шевченка

У статті авторами було здійснено аналіз поняття «доступу до медицини» в науковій і законодавчій сфері. Зроблено висновок, що недискримінаційна, організаційна, економічна та інформаційна складові є елементами доступу до медичної допомоги. Зазначається, що недискримінаційна складова доступу до медичної допомоги полягає у рівному ставленні до особи чи групи осіб, незалежно від їхніх ознак і використовується для оцінки явно нейтральних критеріїв, що можуть спричинити наслідки, які систематично ставлять у невідгідне становище осіб з такими ознаками. Організаційна складова характеризується достатньою кількістю різнопланових медичних закладів державної, комунальної та приватної форми власності та кваліфікованого медичного персоналу. Економічний складник відповідає обов'язку держави забезпечувати та створювати рівні можливості для отримання медичної допомоги всім громадянам незалежно від матеріального становища. Інформаційний елемент доступності медичної допомоги передбачає інформування населення про здоров'я, лікування, діагностику та профілактику захворювань.

Здійснено аналіз положення окремих нормативно-правових актів в сфері охорони здоров'я, які були прийняті під час дії воєнного стану. Особлива увага приділена розвитку системи доступу до медицини, шляхи реформації та роль телемедицини під час війни.

Зроблено висновок, що сьогодні в сучасній правовій науці доступність медичної допомоги варто розглядати як: закріплення права на здоров'я та охорони здоров'я відповідно до законодавства; організація надання медичної допомоги за принципом наблизеності до місця проживання, місця роботи чи навчання; наявність необхідної кількості медичних працівників відповідного рівня кваліфікації; забезпечення права вибору медичної організації та лікаря; надання громадянам гарантованої безкоштовної медичної допомоги в обсязі, встановленому законом; інформування населення про стан здоров'я та охорона здоров'я. Доступність медичної допомоги є і правом людини на здоров'я, і принципом надання медичної допомоги, і основами функціонування демократії, соціальної, правової держави.

Ключові слова: доступ до медицини, війна, пацієнт, медична допомога, психологічна допомога.

In the article, the authors analyse the definitions of accessibility in health care in the scientific literature and legislation. It is determined that the components of access to health care are nondiscrimination, organizational, economic, and informational.

The non-discrimination component examines seemingly neutral criteria that could have impacts that systematically penalise those who possess certain traits. It ensures that individuals and groups are treated equally regardless of their unique characteristics. The organisational component of the availability of medical care is a sufficient number of the diverse medical institution of a state community ownership and private property, and medical staff with certain specializations. The economic component of the accessibility of health care is the obligation of the state to provide and establish equitable chances for all people to get healthcare, regardless of circumstance. The information component of the accessibility of health care is spreading knowledge about health, medical procedures, illness prevention, and diagnostics.

There have been examined provisions of legal acts in the field of healthcare that were adopted in wartime. Particular attention is given to the development of the healthcare system, its reformation, and the role of telemedicine during the war.

The conclusion reached is that in current legal science, the availability of health care should be viewed as including the following: consolidating the right to health and health care at the legislative level; organising the supply of health care on the concept of proximity to the place of residence, place of employment, or place of study; availability of the requisite number of medical professionals with the appropriate level of qualification; assuring the right to select a medical organisation and a doctor; providing free health care to residents to the degree permitted by law; and educating the public on health and medical issues.

Accessibility to healthcare serves as a cornerstone of the democratic, social, and legal states that are built on the principles of democracy and social justice as well as the human right to health.

Key words: access to healthcare, war, patient, healthcare, psychosocial support.

Постановка проблеми. Сьогоднішня Україна зіткнулася з нелегким випробовуванням – війною, яка змінила не тільки буття кожної людини, а ще й внесла свої корективи у діяльність державних органів. Одним із них є Міністерство охорони здоров'я, яке попри всі виклики продовжує проведення реформування медицини і підлаштовує її до умов воєнного стану.

За даними ООН вимушеними переселенцями стало понад 10 млн осіб: близько 6,5 млн стали внутрішньо переміщеними особами, ще близько 4 млн покинули територію України [1]. Все це призводить до надмірного завантаження закладів охорони здоров'я в інших областях.

Особливо гостро постає питання щодо тимчасово окупованих територій. Неможливість постачання ліків до аптек, припинення роботи багатьох приватних медичних закладів, а також довготривалі переговори процеси щодо надання гуманітарних коридорів створюють загрозливу для життя ситуацію не тільки для медичних працівників, а й для пацієнтів.

Серед іншого, збільшилась кількість випадків травматизму, переломів, поранень, що у свою чергу змістило век-

тор медичної допомоги з профілактики і лікування діабету, ВІЛу, туберкульозу та інших захворювань. Тому вбачається за необхідне продовжувати здійснення такої допомоги на довоєнному рівні. За всіма нормами міжнародного права вище згадані ситуації, які навмисно створюються окупантами, вважаються неприйнятними і антигуманними. Отже, постало питання вирішення нагальних проблем у сфері охорони здоров'я, які сформувалися під впливом війни.

Мета статті полягає у визначенні змісту права доступу до медицини, аналізі змін, які відбулися щодо даного права в умовах війни, з'ясування можливості реалізації та шляхів реформації поняття «доступність медичної допомоги».

Стан дослідження. Питання визначення доступу до медицини розглядали такі науковці як М. М. Білинська, З. С. Гладун, Д. В. Карамішев, О. Д. Корвечійкий, В. М. Лехан; З. О. Надюк, Н. Д. Солоненко, Я.Ф. Радиш. При проведенні аналізу стану проблеми джерелами наукової інформації стали міжнародні документи і нормативно-правові акти України з питань охорони громадського здоров'я. Разом із тим актуальним залишається питання реалізації права на медичну допомогу в умовах війни.

Виклад основного матеріалу. На міжнародному рівні доступ до медицини визначений у Європейській хартії прав пацієнтів як право на доступність, зміст якого розкривається як «рівний доступ для всіх без дискримінації за ознаками наявності фінансових ресурсів, місця проживання, виду захворювання або часу звернення за допомогою» [2].

Конституція України визначає «кожен має право на охорону здоров'я, медичну допомогу та медичне страхування» (ч. 1 ст. 49) та «держава створює умови для ефективного і доступного для всіх громадян медичного обслуговування» (ч. 3 ст. 49) [3]. Своє логічне продовження ці норми знайшли у Цивільному Кодексі України, зокрема в статті 283 «Право на охорону здоров'я» [4], та у статті 4 Закону України «Основи законодавства України про охорону здоров'я» [5], де зазначається про право пацієнта на ефективне і доступне медичне обслуговування і забезпечення його відповідно до принципів рівноправності, загальнодоступності та демократизму.

Окрім цього, відповідно до наказу Міністерства охорони здоров'я від 20.07.2011 року № 427 «доступність медичної допомоги – це вільний доступ до служб охорони здоров'я незалежно від географічних, економічних, соціальних, культурних, організаційних чи мовних бар'єрів» [6]. Також згідно з Національною стратегією із створення безбар'єрного простору в Україні на період до 2030 року доступність визначається як «забезпечення рівного доступу всім групам населення до фізичного оточення, транспорту, інформації та зв'язку, інформаційно-комунікаційних технологій і систем, а також до інших об'єктів та послуг, як у міських, так і в сільських районах» [7].

За Д. Н. Солоненком доступність медичної допомоги – це допомога, яку пацієнти можуть одержати без подолання географічних і фінансових перешкод (доступ до послуг охорони здоров'я оцінюється часткою населення, яке може дістатися до відповідних закладів охорони здоров'я пішки, або користуючись місцевими транспортними засобами за час, що не перевищує годину); з іншого боку – це нормативно врегульована та організаційно забезпечена можливість надання своєчасної та кваліфікованої медичної допомоги, відповідно до спроможності відшкодування матеріальних витрат [8, с. 138].

З огляду на вище зазначене, доступність це багатоаспектне явище, яке включає в себе:

- фізична доступність: наявність вільного доступу до лікувальних установ, товарів та послуг для всіх груп населення, а в особливості для осіб з обмеженими фізичними можливостями, в тому числі наявність під'їзду транспорту до входу в лікарню, наявність пандуса, наявність ліфта, можливість безперешкодного пересування по поверху;

- економічна доступність: можливості людей нести фінансові витрати відповідно до свого матеріального становища (необхідність бути членом лікарняної каси, платна послуга в державному або комунальному лікувальному закладі, висока вартість послуги в приватному лікувальному закладі);

- інформаційна доступність: можливості стосовно пошуку, отримання і поширення інформації про медичні заклади, товари, послуги тощо (наявність в лікувальних установах доступної інформації про права пацієнтів, виконання лікарями процедури інформування пацієнтів про суть і можливі наслідки при призначенні маніпуляцій, складних медичних досліджень, операцій, доступність для пацієнтів інформації, що дозволяє порівнювати медичні послуги, які надають лікарні міста - т.зв. рейтинг лікарень (бенчмаркінг), випадки відмови в наданні інформації пацієнтам (під час огляду лікарні або за інформацією від пацієнтів);

- недискримінація: юридична і фактична доступність до закладів, послуг, товарів охорони здоров'я для всіх верств населення, в особливості щодо найбільш враз-

ливих (дискримінації за станом здоров'я (звільнення працівника), відмови швидкої допомоги приїхати до тяжкохворого мігранта, побиття учасників ЛГБТспільноти [9]).

Усі зазначені складові звертають увагу на відповідальність держави щодо забезпечення доступності медичної допомоги населенню.

Постановою № 157 від 25.02.2022р. Кабінет Міністрів України змінив порядок реалізації програми державних гарантій медичного обслуговування населення, а саме «запланована та фактична вартість медичних послуг за всіма пакетами медичних послуг на місяць розраховується як 1/12 від загальної орієнтовної ціни договору, починаючи з місяця введення воєнного стану» [10]. Це було зумовлено необхідністю збереження повноцінного функціонування всіх закладів охорони здоров'я, оскільки лікарні, які знаходяться на окупованих територіях, лініях бойових зіткнень фактично позбавлені можливості виконувати договір із Національною службою здоров'я України, що у свою чергу призведе до недофінансування і неможливості проведення подальшої роботи. Тому встановлення фіксованої 1/12 від запланованого річного бюджету, незалежно від наданих послуг є нагальною необхідністю сьогодні. Наразі ситуація в країні показує, що ці зміни були правильними і дозволили тримати систему охорони здоров'я на належному рівні, хоча деякі проблемні моменти все ж таки є. Прикладом цього є «гроші не йдуть за пацієнтом», відсутність конкуренції за пацієнтів, надмірна завантаженість лікарень, які приймають внутрішньо переміщених осіб при сталому фінансуванні, відсутність моніторингу якості послуг.

Також цією самою постановою було скасовано внесення інформації до електронної системи охорони здоров'я та звітування. Насправді ці процеси і надалі здійснюються на підконтрольних територіях, але видається незрозумілим їх припинення, оскільки на основі цих даних здійснюється аналіз змін в системі – наповненість лікарень, динаміка захворювань, робота персоналу та інше.

Міністерство охорони здоров'я України наказом від 17.03.2022 р. № 496 «Деякі питання надання первинної медичної допомоги в умовах воєнного стану» [11], визначило порядок надання первинної медичної допомоги внутрішньо переміщеним особам.

Тимчасово внутрішньо переміщені особи за своїм вибором зверталися у будь-який заклад охорони здоров'я, якщо цей заклад має можливість забезпечити відповідне лікування.

Такі установи мали обов'язок надати медичні послуги всім, хто до них звернувся за місцем знаходження.

Так, у затвердженій формі здійснювався облік ведення внутрішньо переміщених осіб, проводились вакцинації відповідно до вимог встановлених законодавством.

Загалом постанова врегульовувала нагальні питання, проте наразі вона перебуває у стані припинення і виникає ситуація невизначеності. Відповідно до офіційних роз'яснень Міністерства з питань реінтеграції тимчасово окупованих територій України внутрішньо переміщені особи мають право звернутися до будь-якої медичної установи, головне – щоб заклад був спроможний надати відповідне лікування [12].

Лікарі, надавачі медичних послуг, не мають права наполягати на необхідності подання їм декларації про вибір лікаря, за потреби мають оформити рецепти на необхідні ліки, в т.ч. за урядовою програмою «Доступні ліки».

За наявністю доступу до технічних можливостей, оформляється Е-рецепт. У разі відсутності доступу до електронної системи охорони здоров'я лікар виписує паперовий рецепт.

На період дії воєнного стану дозволено за програмою «Доступні ліки» отримання лікарських засобів не тільки за електронними, а й за паперовими рецептами, оскільки можуть виникати проблеми з інтернетом у певних регіонах через бойові дії.

Не менш важливим є напрям з психологічної підтримки. Наслідки війни залишають неминучий слід на психіці людини. За даними експрес – аудиту послуг охорони психічного здоров'я «близько 15 млн. українців потребують роботи з фахівцями у галузі психологічної підтримки, а з них 3-4 млн. необхідно медикаментозне лікування» [13]. В більшості випадків перебіг ментальних розладів є латентним, що значно ускладнює процес виявлення і належної допомоги. Згідно з результатами дослідження Всесвітньої організації охорони здоров'я «кожна п'ята людина, яка проживає у зоні проведення бойових дій, має проблеми з ментальним здоров'ям» [14]. Серед внутрішньо переміщених осіб, що потребували психологічної допомоги, 74 % дорослих не отримали її вчасно. Через повномасштабне вторгнення рф 44 % українців – майже половина – тимчасово розлучені з родиною. Це неймовірно важко для психіки, тим паче, що невідомо коли вдасться возз'єднатися знову [15]. Тому нагальним аспектом є активне поширення теми психологічного здоров'я, забезпечення доступу до фахівців даної галузі, а також створення інтеграційних і координаційних процесів надання медико-соціальної і психосоціальної послуги.

У зв'язку з вище наведеним в Україні почала реалізовуватись Національна програма психічного здоров'я та психосоціальної підтримки, ініціатором якої стала перша леді України Олена Зеленська за підтримки іноземних партнерів. Її мета полягає у створенні на базі Міністерства охорони здоров'я якісної системи доступної психологічної допомоги, яка має стандартизований зразок та проведення комунікаційної кампанії серед населення за для висвітлення теми ментального здоров'я. Так, Міністерство охорони здоров'я як профільний орган взяв на себе роботу у сфері проведення навчання широкого кола фахівців методиці надання психологічної допомоги, здійснення аудиту за результатами якого буде відбуватися побудова системи надання психологічної підтримки.

Отже, на сьогодні надзвичайно актуальними виявляються питання забезпечення необхідною медичною допомогою внутрішньо переміщених осіб, що складають значну частину українського суспільства та людей, які переживають стрес.

Враховуючи ці обставини, на нашу думку, найбільш дієвий механізм доступу до медичної допомоги виявляється дистанційний, до якого можна віднести засоби телемедицини. Вони дозволяють забезпечувати доступ до медичної допомоги в ек-

стремальних умовах. У переважній більшості відбуваються ініціативи щодо проведення лікувально-діагностичних консультацій у соціальних мережах або месенджерах, що є доречним з огляду на ситуацію в країні.

Необхідно зазначити, що такий формат спілкування використовувався і в довоєнний період, що фактично дозволило здійснити швидку оптимізацію лікувально-діагностичних процесів за допомогою телемедицини в умовах воєнного стану.

Якщо акцентувати увагу на телемедицині, то зараз існує багато пропозицій за кордоном, які надають свої цифрові платформи. Завдяки цьому багато лікарів можуть консультувати українців шляхом волонтерської допомоги. Разом з тим, існують і певні бар'єри. Практично ні одна з платформ на сьогодні немає інтерфейсу користувача українською та хоча б російською мовами.

Зазначимо, що сьогоденна система охорони здоров'я України проходить стрес-тест, але попри всі виклики, ми маємо результатом не тільки її функціонування, а ще й процеси адаптації та реформації.

Висновки

Узагальнюючи напрацьовані в науковій літературі визначення терміну «доступність медичної допомоги», можна зазначити, що це організаційно забезпечена можливість надання своєчасної та кваліфікованої медичної допомоги населенню країни незалежно від географічних, економічних, соціальних, інформаційних, культурних та мовних бар'єрів. Також на формування доступності до надання медичної допомоги впливають багато аспектів, проте визначальний характер мають такі: фізична, інформаційна, економічна складові та недискримінація.

Система охорони здоров'я проявила свою гнучкість та забезпечила доступ до медицини внутрішньо переміщених осіб без обмежень щодо підписання декларацій із сімейним лікарем. Також був забезпечений принцип безоплатності, шляхом прийняття відповідних змін до законодавства. Значно зросла потреба у психологічній допомозі. Це стало необхідністю сьогодення для українців, на що держава звернула увагу і активно веде процес консолідації спеціалістів для надання такої підтримки.

В умовах війни законодавство України в сфері доступу до медицини зазнало змін та проходить активний етап їх реалізації. Попри існуючі проблеми та неузгоджені моменти, ми маємо задовільний стан речей, що в свою чергу доводить її дієздатність.

ЛІТЕРАТУРА

1. Situationukrainerefugeesituation. Situations. URL: <https://data.unhcr.org/en/situations/ukraine> (дата звернення: 23.08.2022).
2. Європейська хартія прав пацієнтів URL: <https://phc.org.ua/sites/default/files/uploads/files/hartia.pdf> (дата звернення: 23.08.2022).
3. Конституція України, прийнята на п'ятій сесії Верховної Ради України 28 червня 1996 року. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/254%D0%BA/96%D0%B2%D1%80#Text> (дата звернення: 23.08.2022).
4. Цивільний кодекс України : Закон України від 16.01.2003 р. № 435-IV. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/435-15> (дата звернення: 24.08.2022).
5. Основи законодавства України про охорону здоров'я: Закон України від 19.11.1992 № 2801-XII. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2801-12#Text> (дата звернення: 24.08.2022).
6. Про затвердження Єдиного термінологічного словника (Глосарій) з питань управління якості медичної допомоги: Наказ Міністерства охорони здоров'я від 20.07.2011р. № 427. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/rada/show/v0427282-11#Text> (дата звернення: 24.08.2022).
7. Про схвалення Національної стратегії із створення безбар'єрного простору в Україні на період до 2030 року: Розпорядження Кабінету міністрів від 14 квітня 2021 р. № 366. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/366-2021-%D1%80#Text> (дата звернення: 24.08.2022).
8. Солоненко Н., Рудий В., Ананьєв В. Англо-український словник-довідник термінів з фінансування та управління у сфері охорони здоров'я / ред.: А. Малагардіса, Е. Ліннако. 2006. 138 с.
9. Yamenko T.M., Protsko M.M. Healthandtherighttonon discriminationandequality. Juridicalscientificandelectronicjournal. 2020. № 7. URL: <https://doi.org/10.32782/2524-0374/2020-7/39> (дата звернення: 24.08.2022).
10. Про внесення змін до постанов Кабінету Міністрів України від 25 квітня 2018 р. № 410 і від 29 грудня 2021 р. № 1440: Постанова Кабінету міністрів від 25.02.2022р. №157. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/157-2022-%D0%BF#Text> (дата звернення: 24.08.2022).
11. Деякі питання надання первинної медичної допомоги в умовах воєнного стану: Наказ Міністерства охорони здоров'я від 17.03.2022р. № 496. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/rada/show/v0496282-22#Text> (дата звернення: 25.08.2022).
12. Лікарі поруч: що треба знати про медпослуги для ВПО під час воєнного стану | Міністерство з питань реінтеграції тимчасово окупованих територій України. Міністерство з питань реінтеграції тимчасово окупованих територій. URL: <https://minre.gov.ua/page/likariporuch-shcho-treba-znaty-pro-medposlugu-dlya-vpo-pid-chas-voennogo-stanu> (дата звернення: 24.08.2022).
13. Вплив війни на психічне здоров'я-коласальний. Урядовий портал. URL: <https://www.kmu.gov.ua/news/vpliv-vijni-na-psiichnezdorovya-kolosalnij-viktor-lyashko> (дата звернення: 24.08.2022).
14. One-in-fivesuffersmentalhealthconditioninconflictzones, new UN figuresreveal.UN News. URL: <https://news.un.org/en/story/2019/06/1040281#:~:text=Oneinfive%20people%20living%20in%20conflict%20areas%20experience%20anxiety,in%20a%20UN-backed%20report.> (date of access: 24.08.2022).
15. Медведенко Л. В Україні запрацює національна програма психічного здоров'я. URL: <https://armyinform.com.ua/2022/07/21/v-ukrayini-zapraczuje-nacjonalna-programa-psyichnogo-zdorovya/>(дата звернення: 26.08.2022).