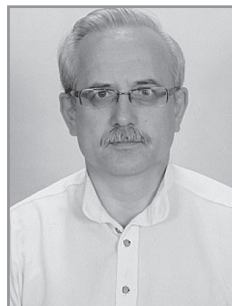




Білоус В. Т.,
д.ю.н., професор кафедри
фінансового права,
Національний університет
ДПС України



Лівак П. Є.,
к.ю.н., доцент,
Національний університет
ДПС України

ПРОЦЕС РЕФОРМ МЕДИЧНОЇ ГАЛУЗІ В ПЛОТНИХ РЕГІОНАХ УКРАЇНИ: ПРОБЛЕМИ ЗАКОНОДАВЧОГО ТА ФІНАНСОВОГО ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ І ШЛЯХИ ВИРІШЕННЯ

Теорія завжди, мій друже, сіра, а древо життя золоте.
І. В. Гете

Актуальність теми дослідження щодо сучасного етапу розвитку українського суспільства характеризує високий інтерес не тільки до економічних реформ, але й до реформ соціальної сфери, особливо сфери медичної. Вирішення проблем із високим рівнем якості та доступною медичною допомогою населенню країни, на думку вчених і практиків, що пропонують певний шлях вирішення проблем при проведенні реформ медичної галузі, повинне привести до покращання рівня здоров'я громадян і підвищення якості життя

суспільства, а отже, і його індивідуумів. Як і в усьому світі загалом, в Україні прослідковуються тенденції до пошуку різних механізмів і шляхів виходу з кризи у сфері охорони здоров'я.

Головною метою державної політики в цьому напрямі є покращання рівня здоров'я населення на основі забезпечення доступності та належного рівня якості медичної допомоги шляхом створення соціально-правових, фінансово-економічних, організаційних, інформаційних і кадрових умов в аспекті надання медичних послуг, види, якість і обсяги яких відповідають сучасному рівню розвитку сфери охорони здоров'я і медичної науки, а також фінансовим ресурсам, якими володіють держава і громадяни. Заходи щодо забезпечення високого рівня якості і доступності медичної допомоги громадянам у сучасних умовах ринкових відносин малоефективні, є досить серйозні проблеми, які накопичилися, але не вирішувалися десятиліттями у медичній галузі, що, безперечно, суттєво впливає на перспективу розвитку всього суспільства і забезпечення національної безпеки.

При проведенні реформ охорони здоров'я за роки незалежності було розпочато декілька проектів, але жодний з них не зміг запропонувати дієвих механізмів вирішення проблем медичної галузі щодо виведення системи охорони здоров'я з глибокої кризи. На наш погляд, основною причиною цього є: відсутність адекватного фінансування та дієвого законодавства в охороні здоров'я, а особливо – патологічна пасивність і небажання обговорювати ці проблеми практичними лікарями, які не вірять у те, що вони можуть реально впливати на хід проведення реформ у медицині, оскільки не бачать у цих змінах ніякої реальної користі для себе – зарплати мізерні, питання забезпечення житлом реально не вирішуються, а матеріально-технічне забезпечення медичних закладів сучасним медичним обладнанням у багатьох медичних закладах не витримує ніякої критики. Саме тому 46 тисяч лікарів України залишили свої робочі місця вакантними, звісно, не від доброго життя, а це дорівнює 25% від загальної кількості лікарів країни.

Депутати Верховної Ради України, функціонери Міністерства охорони здоров'я України та чиновники від влади, на жаль, не переймаються мізерним рівнем заробітної плати медичних працівників і далекі від бажання вирішувати сьогодні проблеми практичної медицини – ситий голодному не товариш! Їм важко реально оцінити сучасний стан медичних закладів у країні, оскільки вони за медичною

допомогою туди не звертаються, а обслуговуються у приватних медичних закладах за кордоном, які оснащені найсучаснішим медичним обладнанням.

У більшості міст країни кадрова ситуація із забезпечення лікарями первинної ланки дуже погана, за винятком двох областей західного регіону країни. Навіть у Києві чимало вакантних місць дільничних педіатрів та терапевтів, а в невеличких містах східного та північного регіонів стан взагалі катастрофічний, особливо з педіатрами. У деяких районах педіатри обслуговують дітей лише до десяти років, старші діти дісталися терапевтам, що ніяк не вирішує проблеми доступності надання медичної допомоги.

Велику надію покладали на лікарів загальної практики – сімейної медицини. Але наївно було б думати, що після курсів спеціалізації (терапевтів, педіатрів, лікарів інших спеціальностей) вирішиться кадрове питання у плані забезпечення лікарями загальної практики – сімейної медицини на селі. Поки що лікарів більше не стало, оскільки реально зацікавити лікарів їхати працювати на село не вдалося.

Закриття фельдшерсько-акушерських пунктів (далі – ФАПів), медичних амбулаторій і дільничних лікарень на селі ні до чого позитивного не призвело. Потрібно відзначити, що у Вінницькій, Донецькій, Дніпропетровській областях та місті Києві фінансування медичних установ було відділено від другого рівня медичної допомоги, але повернення медамбулаторій та ФАПів під юрисдикцію центрів первинної медико-санітарної допомоги (далі – ЦПМСД) поки що суттєво не покращило ні рівня якості, ні доступності медичної допомоги сільському населенню із-за відсутності в багатьох медамбулаторіях лікарів, оскільки оплата їхньої праці суттєво не збільшилася, а навантаження на одного лікаря сягає в деяких місцевостях до 3500–4500 осіб. І хоча у деяких великих селах вдалося зберегти дільничні сільські лікарні, але вони здебільшого є не стільки медичними закладами, скільки виконують функцію соціального навантаження, особливо взимку.

Варто особливо відзначити, що у процесі проведення реформ медицини в пілотних регіонах не вироблено єдиної політики щодо реорганізації всієї медичної служби на районних рівнях, що суттєво ускладнює механізм розподілення наявних споруд закладів охорони здоров'я на місцях, а в деяких випадках призводить до розділення деяких структурних підрозділів центральних районних лікарень (далі – ЦРЛ), а саме:

1. Розділення рентгенологічних відділень районних лікарень на рентгенологічні кабінети окремо для центрів первинної медико-санітарної допомоги (далі – ЦПМСД) і для стаціонарів центральних районних лікарень (далі – ЦРЛ), які реально можуть проводити дослідження без їх поділу, виробивши механізми співпраці між центрами ПМСД та ЦРЛ через відповідні угоди, а не викликати недовіру щодо доцільності проведення таким чином реформ і певні, зазвичай, недолугі, тертя у відносинах між лікарями первинного та вторинного рівня надання медичних послуг.

2. Не вироблено механізмів співпраці щодо користування клініко-діагностичними лабораторіями ЦРЛ і ЦПМСД, які недоцільно взагалі ділити, оскільки такі КДЛ-лабораторії, за задумом реформаторів, при створенні госпітальних округів необхідно буде найближчим часом укрупнювати за рахунок забезпечення найсучаснішим медичним обладнанням, передбачивши можливість користуватися лабораторним дослідженням обох ланок надання медичної допомоги – первинної і вторинної, знову-таки через угоди про співпрацю між цими ланками, і, можливо, розглянувши ідею про створення таких клініко-діагностичних лабораторій окремими юридичними особами. При цьому на рівні ЦПМСД бажано в кожній медичній амбулаторії залишити лаборантів та забезпечити сучасним медобладнанням.

Отже, проблемних питань багато, але, на наш погляд, під час реформи основне, що треба зробити, – це зберегти той кадровий потенціал медичних працівників, який на сьогодні є із відповідними спорудами, а також розширити їх можливості, щоб реформа не призвела до повного знищення існуючих медичних закладів із створенням на їх місці медичних установ нового, але вже приватного типу, позаяк в такому випадку реформа приречена на провал.