

УДК 351.77:416.2

DOI 10.32755/sjeducation.2020.01.106

Сіренко К. Ю.,

кандидат економічних наук, доцент,

доцент кафедри економіки та соціальних дисциплін,

Академія Державної пенітенціарної служби, м. Чернігів Україна,

ORCID: 0000-0003-2705-0924

ПРОБЛЕМИ ТА ПЕРСПЕКТИВИ РОЗВИТКУ МЕДИЦИНИ В СІЛЬСЬКІЙ МІСЦЕВОСТІ (НА ПРИКЛАДІ ЧЕРНІГІВСЬКОГО РЕГІОНУ)

У статті розглянуто основні напрями реформування галузі медицини, зокрема перспективи її розвитку на селі. Доведено, що в системі офіційно безкоштовної медицини неможливо забезпечити високу якість медичних послуг через брак кваліфікованих медичних кадрів; брак фінансових ресурсів на розвиток медицини; майже відсутні найнеобхідніші умови та оснащення в сільських амбулаторіях; лікарі не можуть набрати достатньої кількості підписаних декларацій; доступ до медицини в селі та місті неоднаковий, що впливає не лише на якість надання послуг для пацієнтів, а і на заробітну плату лікарів. Визначено, що на сьогодні прийнято низку законодавчих актів та нормативних документів, які наближають медицину України до світового зразку, однак загальний успіх реформи сільської медицини залежить від здатності держави і місцевої влади змінити ситуацію з якістю і доступністю медичних послуг для мешканців села.

Ключові слова: сільська медицина, фельдшерсько-акушерські пункти, реформа, медичні послуги, первинна медицина.

Постановка проблеми. Медична реформа повинна охоплювати змінами і первинну медицину в сільській місцевості. Влада наголошує, що питання здоров'я українців, які проживають у селах, є стратегічним пріоритетом держави. Глибокий аналіз інфраструктури, яка наявна сьогодні, показав, що в переважній кількості амбулаторій та фельдшерсько-акушерських пунктів (ФАПів) відсутні навіть водопостачання та водовідведення, вони не мають пристойних умов для надання допомоги людям і роботи лікаря. Зрозуміло, що в такій ситуації найпрофесійніший лікар не зможе надати якісну послугу пацієнту. Саме тому модернізація мережі амбулаторій у сільській місцевості, підтримка і розвиток первинної допомоги на селі у пріоритетах наступних кроків реформи. Таке ставлення необхідно ще й тому, що третина українців проживають саме на селі.

Аналіз останніх досліджень і публікацій. Наукові праці присвячені історії розвитку системи охорони здоров'я й надання медичних послуг в окремо взятому регіоні України – Чернігівщині досліджувались у роботах Л. Лавріненко. Певні відомості про історію медицини Чернігівщини містили підручники «Історія медицини» С. Верхратського, які перевидавалися протягом років і практично залишалися єдиним такого роду виданням. У такому плані виконано наукові роботи Р. Богатирьової, Ю. Спіженка, В. Черних та статті Г. Бобровської, Є. Жарінової, Л. Іванової, І. Давидова. Проблеми в галузі охорони здоров'я, державне регулювання цієї сфери та пошук шляхів реформування галузі висвітлені в працях Я. Будузган, З. Гладун, О. Голяченко, Л. Жаліло, Д. Карамішев, В. Москаленко, Я. Радиш, І. Рожкова та ін. Серед невіршених проблем залишається питання щодо вдосконалення стратегічних напрямків реформування медицини в сільській місцевості.

Формулювання цілей статті (постановка завдань). Метою статті є огляд основних напрямів реформування медицини, зокрема перспективи її розвитку в сільській місцевості.

Виклад основного матеріалу. Медицина в сільській місцевості має бути якнайшвидше реформована, а якісна медична послуга наближена до людини. Саме таку мету має ініціатива «Доступна, якісна медицина у сільській місцевості», над впровадженням якої розпочато роботу ще в 2018 році. Для цього Верховна Рада України прийняла Закон України «Про підвищення доступності та якості медичного обслуговування в сільській місцевості» від 14.11.2017 р. № 2206-VIII [1]. Він передбачає додаткове фінансування сільської медицини, створення ефективної системи мотивації лікарів, впровадження практики телемедицини тощо. Цей закон є частиною медичної реформи і дає можливість разом з місцевою владою вирішити нагальні проблеми сільської медицини: відсутність лікарів, погано обладнані амбулаторії, фельдшерсько-акушерські пункти та ін.

У Міністерстві охорони здоров'я зазначали, що мова йде не просто про будівництво нових фельдшерсько-акушерських пунктів, а затвердження мінімального обсягу обладнання, яке має бути в кожному селі, умови для перебування там лікаря або

представника середнього медичного персоналу, який зможе зробити всі необхідні аналізи на цьому обладнанні. Крім того, в кожному сільському ФАПі має бути автомобіль, який за необхідності зможе доставити пацієнта в лікарню.

Мова йде про три кроки, необхідні для поліпшення якості медичних послуг у сільській місцевості. По-перше, залучити працювати в село фахового лікаря. По-друге, дати цьому лікарю гідну зарплату і гідні умови роботи: гідний кабінет, сучасне медичне устаткування, службовий транспорт тощо. По-третє, треба забезпечити цьому лікареві гідні умови життя на побутовому рівні. Маємо на увазі житло та інфраструктуру для його сім'ї. Адже до села зазвичай їхатимуть саме молоді лікарі, в яких будуть чи вже є сім'ї та діти. Хтось має профінансувати створення інфраструктури, проведення Інтернету, закупівлю службового авто для лікаря тощо.

Однак на сьогодні, за даними Мінрегіону України, в близько 3 тис. сіл та селищ наявні 4 тис. амбулаторій та 12 700 фельдшерсько-акушерських пунктів [2]. Стан їхній дуже жахливий. Лише у 28 % цих закладів є водозабезпечення, третина з яких – це колодязі. Лише в 18 % є санвузли. Лікарі ж не хочуть туди їхати, бо сільська медицина фінансується за залишковим принципом, а в сільських амбулаторіях та ФАПах немає навіть найнеобхідніших умов. ФАП перетворився на проміжний пункт, через який пацієнта транспортують з точки «А» в точку «Б» – у район чи область, де є певний рівень медицини. Таким чином ФАПі не здійснюють функцію первинної ланки медицини (сімейні лікарі, педіатри, терапевти). Більшість лікарів первинної ланки лише номінально значаться на роботі в селах, проте реально знаходяться в райцентрах [3].

Для порівняння: в усьому світі первинна ланка в сільській місцевості ефективно працює і вирішує на місці до 80 % медичних звернень. У країнах ЄС співвідношення звернень пацієнтів на первинний та інші рівні медицини кардинально протилежне і становить 70 % звернень на первинну ланку та 30 % – на вторинну (вузькі фахівці, лікарні). В Україні статистика невтішна: 80 % пацієнтів отримують допомогу на другому чи третьому

рівнях, оминаючи первинну ланку – амбулаторії та сімейних лікарів [3].

З квітня 2018 року кожен може обрати собі сімейного лікаря, терапевта або педіатра і підписати з ним декларацію. Вибір спеціаліста обмежується лише максимально допустимою кількістю пацієнтів для лікаря. Принаймні так це працює в містах. У сільській місцевості картина зовсім інша. В одних селах працює лише один лікар, а тому вибирати спеціаліста немає з кого, в інших навпаки – лікарі не можуть набрати достатньої кількості підписаних декларацій, бо немає людей [3]. Десь медикам доводиться працювати із застарілим обладнанням.

За даними Національної служби здоров'я України, чверть людей, які проживають, наприклад у Чернігівській області, не мають укладених декларацій з лікарем. Людина, яка уклала договір, хоче отримувати одразу всі послуги, саме тому люди підписують декларації в районах або в обласних лікарнях, бо часто лише там можна зробити необхідні аналізи та обстеження. Навіть якщо лікар у селі доступніший територіально. Однак очевидно, що доступ до медицини в селі та місті неоднаковий, що впливає не лише на якість надання послуг для пацієнтів, а і на заробітну плату лікарів.

Результати опитування свідчать, що з реформою найбільше лікарі очікували підвищення заробітної плати, і в принципі вони його отримали, але менше, ніж очікували. Натомість із неочікуваного отримали підвищення навантаження. Лікарі реально сподівалися на зменшення обсягів паперової роботи, але нині вони говорять про те, що кількість паперової роботи не зменшилася, а до неї додалася електронна система охорони здоров'я.

Заохотити спеціалістів їхати і працювати в село дуже складно [4]. Цю проблему не вирішить і закон, адже першою вимогою для переїзду в село лікар ставить високу заробітну плату – у середньому 18–25 тисяч гривень. Для спеціалістів, які не зможуть набрати достатню кількість пацієнтів, така зарплата залишиться недосяжною.

Нині на Чернігівщині відчувається гострий дефіцит медичних кадрів. Так лікарями не зайнято 1300 посад та близько 800 посад середніх медичних працівників також вільні [3], 21 сіль-

ська лікарська амбулаторія не має постійних лікарів, а враховуючи хронічний дефіцит лікарів на селі, чи не кожен сімейний лікар має там обслуговувати не менш, ніж чотири тисячі пацієнтів. Це велике навантаження, адже згідно з визначеними нормами, на лікаря повинно припадати не більше двох тисяч жителів.

Такі факти констатують, що сьогодні базова медицина в сільській місцевості практично ліквідована. А відтак жоден лікар не здатний в наявних умовах надати якісне лікування.

Проблема кадрів у системі охорони здоров'я, наприклад Чернігівщини, виникла вже не один десяток років тому. У 2019 році в державі запрацював механізм першочергового вступу до медичних закладів вищої освіти абітурієнтів, які погоджуються в подальшому працювати на селі.

Управління охорони здоров'я Чернігівської облдержадміністрації запрошує для укладання угод випускників шкіл, які пройшли ЗНО, вступити до вишів IV рівня акредитації. В 2019 році така робота проводилася вперше в області, механізм вже відпрацьований і з 1 лютого 2020 року вже збирається інформація про потребу районів у медичних кадрах [3]. Наявність угоди у випускника гарантуватиме йому застосування коефіцієнта, який становить 1,05, що дасть можливість збільшити кількість набраних балів для проходження конкурсу на навчання у виші.

Укласти тристоронню угоду (між абітурієнтом, Управлінням охорони здоров'я облдержадміністрації, органом місцевого самоврядування тієї території, яка чекає на лікаря) може кожен охочий, який дає згоду відпрацювати в окремо взятій сільській місцевості не менш, ніж три роки. У свою чергу абітурієнт зобов'язується добре навчатися і після закінчення навчання прибути для роботи у село. Зі свого боку орган місцевого самоврядування гарантує забезпечити молодому спеціалісту гідні умови праці та соціальний пакет – житло, пільгову сплату за комунальні послуги тощо. Загалом у 2019 році такою можливістю скористалися п'ятеро людей.

Реформа сільської медицини, передусім, первинна медицина в селі має стати доступною та якісною. Тому медичні практики мають стати автономними та самокерованими (для цього вже ухвалено закон про автономізацію закладів охорони здоров'я від

06.04.2017 р. № 2002-VIII) [5]. Не менш важливо для медичних практик у селах отримати реальне фінансування згідно із Законом України «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення» від 19.10.2017 р. № 2168-VIII [6] та постановою Верховної Ради України «Про прийняття за основу проекту Закону України про внесення змін до Бюджетного кодексу України щодо забезпечення державних фінансових гарантій надання медичних послуг та лікарських засобів» від 19.10.2017 р. № 2169-VIII за принципом «гроші ходять за пацієнтом». Медики в селах зможуть заробляти гроші [7].

Крім того, в селах потрібно перепланувати мережі, побудувати або дообладнати амбулаторії. Майже всюди треба вирішувати питання громадського транспорту та доїзду пацієнтів до лікарів. Усе це – ресурси. Прийнятий Закон України «Про підвищення доступності та якості медичного обслуговування у сільській місцевості» від 14.11.2017 р. № 2206-VIII [8].

Протягом 2017–2019 років з державного бюджету на це виділено 6 млрд грн [9]. За ці кошти мали будуватися нові заклади медицини, реконструюватися та ремонтуватися вже наявні, закуповуватися нове медобладнання, розвиватися телемедицина тощо. Однак, як показав час, доступ сільських мешканців до якісної первинної медичної допомоги кращим не став.

У 2018–2019 роках затверджено фінансування для будівництва 561 амбулаторії. Водночас станом на 1 серпня 2019 року побудовано лише 94 об'єкти [3; 9]. При цьому в 11 областях (Волинська, Житомирська, Закарпатська, Запорізька, Львівська, Сумська, Тернопільська, Херсонська, Хмельницька, Черкаська та Чернігівська області) протягом досліджуваного періоду не побудований жоден із запланованих 247 медзакладів.

Держава та громади мусять утримувати наявну медичну інфраструктуру за чималі бюджетні кошти, а в цей час мільярди йдуть на утворення поруч нових об'єктів. Потім на все це разом потрібні шалені ресурси для утримання та обслуговування і це на тлі виїзду людей із сіл, у т. ч. за кордон на заробітки.

Не краща ситуація з придбанням службових автівок. На 1 серпня поточного року з 979 запланованих придбано трохи більше

половини – 527 [10]. Більшість з них – 467 автівок закуплені для амбулаторій, що будуються, ще 60 – для наявних.

Безпосередньо у 8 областях, де проведено аудит, побудовано лише 42 амбулаторії (23 % від запланованого), закуплено 167 службових автівок (60 % плану), а комплекти телемедобладнання для амбулаторій, що діють, взагалі не придбавалися.

З 1 квітня 2020 року в Україні розпочався другий етап медичної реформи, який передбачає введення безкоштовних медичних гарантій українцям від держави. У Кабміні стверджують, що пандемія коронавірусу та карантин з цього приводу ніяк не впливатимуть на продовження медичної реформи. Програма медичних гарантій – чіткий перелік медичних послуг, які людина може отримати безоплатно. На реалізацію Програми медичних гарантій на 9 місяців 2020 року в державному бюджеті передбачено 72 млрд грн, це 64 % від бюджету на всю медичну галузь [10]. Це на 20 % більше за медичну субвенцію 2019 року. Зокрема, програма буде покривати первинну (19,1 млрд грн), екстрену (4,6 млрд грн), амбулаторно-поліклінічну та стаціонарну (44,4 млрд грн), паліативну (0,3 млрд грн) медичні допомоги, реабілітацію (0,5 млрд грн) і проект «Доступні ліки» (2,1 млрд грн) [10].

Загалом на 2020 рік Національна служба здоров'я України (НСЗУ) передбачила 26 пакетів послуг, надання яких держава фінансуватиме медзакладам. Як наголошують в уряді, всі послуги з гарантованого медичного пакету будуть повністю безоплатними для всіх українців без винятків. Адже ця медична допомога вже оплачена з їхніх податків.

Усі види медичної допомоги поділено в 27 пакетів. До них увійшли хірургічні операції, пологи, допомога при гострому інфаркті міокарда, мозковому інсульті, лікування туберкульозу, психічних розладів тощо. І кожній лікарні потрібно буде обрати пакети, медичні послуги яких вона хоче і може надати. Для кожної медичної послуги буде встановлений свій тариф. Приміром, пологи коштуватимуть 8500 грн, а лікування інсульту – 19 500 грн. Поки Міністерство фінансів України ще остаточно не узгодило «тарифи».

Наявність підтримки від місцевих органів влади також суттєвий фактор. Там, де вона є, дійсно відбувається підвищення

заробітних плат і кращі результати. Роль місцевої влади і місцевих стимулів значно зросла внаслідок децентралізації та створення об'єднаних територіальних громад. Оплата комунальних послуг, як вже говорилося вище, – це функція місцевої влади, місцеві програми розвитку також. Проте, на жаль, не всі місцеві органи влади соціально відповідальні.

Крім того, кадровий голод у медицині призводить до того, що не завжди працює програма місцевих стимулів. Коли запитували лікарів, головних лікарів, які є місцеві стимули, щоб спонукали переїхати чи працювати в селі, вони назвали такі:

Доплати до заробітної плати (77,1 % респондентів); надання житла (з вимогою відпрацювати в закладі 5–10 років) (62,3 %); отримання виплат на оздоровлення (35,2 %); компенсація витрат на транспорт (30,3 %) [3]. Тут все впирається у фінансування. Знову ж таки, одні громади більш спроможні, інші — менш спроможні, що зумовлює нерівні умови в різних регіонах.

Висновки. Таким чином, у 2018 р. дано старт реформі сільської медицини. Головна мета – забезпечити якісну диспансеризацію в сільській місцевості, вчасне виявлення захворювань, насамперед генетичних на ранніх стадіях, системний нагляд за певними групами хворих, проведення профілактичних та оздоровчих заходів. Держава законодавчо закріпила першочергове завдання – інтегрувати якісні медичні послуги безпосередньо на сільській території. Тому вибрано комплексний підхід до кадрів – зарплата, житло, транспорт та можливість отримання освіти та підвищення кваліфікації. Самі сільські заклади охорони здоров'я будуть відремонтовані та оснащені Інтернетом й сучасним обладнанням, зокрема мінілабораторії, портативні діагностичні комплекси та рентген-апарати.

Водночас загальний успіх реформи сільської медицини залежить від здатності держави і місцевої влади змінити ситуацію з якістю і доступністю медичних послуг для мешканців сільської місцевості.

Список використаних джерел

1. Про підвищення доступності та якості медичного обслуговування у сільській місцевості: Закон України від 14.11.2017 р. № 2206-VIII. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2206-19> (дата звернення: 18.05.2020).

2. Пальчук В. Пріоритет 2018 року – реформування сільської медицини. *Україна: події, факти, коментарі*. 2018. № 3. URL: <http://nbuviar.gov.ua/images/ukraine/2018/ukr3.pdf>. (дата звернення: 20.05.2020).

3. Мітки: сільська медицина. *ОТГ.сн.ua*: вебсайт. URL: <https://otg.cn.ua/tag/silska-medytyna/> (дата звернення: 19.05.2020).

4. Лавріненко Л. І. Охорона здоров'я на Чернігівщині (1960–1980-ті роки): монографія. Чернігів: Десна, 2018. 200 с.

5. Про автономізацію закладів охорони здоров'я: Закон України від 06.04.2017 р. № 2002-VIII. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2002-19> (дата звернення: 18.05.2020).

6. Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення: Закон України від 19.10.2017 р. № 2168-VIII. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2168-19> (дата звернення: 18.05.2020).

7. Про прийняття за основу проєкту Закону України про внесення змін до Бюджетного кодексу України щодо забезпечення державних фінансових гарантій надання медичних послуг та лікарських засобів: постанова Верховної Ради України від 19.10.2017 р. № 2169-VIII. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2169-19> (дата звернення: 16.05.2020).

8. Про підвищення доступності та якості медичного обслуговування у сільській місцевості: Закон України від 14.11.2017 р. № 2206-VIII. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2206-19> (дата звернення: 16.05.2020).

9. Уряд спрямував субвенції з бюджету на сільську медицину. *Судо-юридична газета*: веб-сайт. URL: <https://sud.ua/ru/news/ukraine/159553-uryad-spryamuvav-subventsiyi-z-byudzhetu-na-silsku-meditsinu> (дата звернення: 19.05.2020).

10. Про Державний бюджет України на 2020 рік: Закон України від 14.11.2019 р. № 294-IX. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/294-IX> (дата звернення: 16.05.2020).

Sirenko K.

PROBLEMS AND PROSPECTS OF DEVELOPMENT MEDICINE IN RURAL AREAS (ON THE EXAMPLE OF THE CHERNIGIV REGION)

The article identifies the main problems of the current state of medicine in rural areas. It is determined that in the system of officially free medicine, which is designed for mass consumption, it is impossible to provide high quality medical services; lack of qualified medical staff; problems of access to health care services, especially in rural areas; lack of financial resources for the development of medicine; rural outpatient clinics do not have even the most necessary conditions and equipment; in some villages there is only one doctor, and therefore there is no one to choose a specialist, in others, on the contrary - doctors cannot get enough signed declarations, because there are no people; access to medicine in rural and urban areas is different, which

affects not only the quality of patient care, but also the salaries of doctors. And so no doctor is able to provide quality treatment in the current environment. And so no doctor is able to provide quality treatment in the current environment. It is investigated that today a number of legislative acts and normative documents have been adopted, which bring the healthcare system of Ukraine closer to the world standard, make it more social and at the same time put it on the market rails. The article considers the main directions of health care reform, in particular the prospects for the development of medicine in rural areas. The main goal is to ensure high-quality medical examination in rural areas, timely detection of diseases, especially genetic ones in the early stages, systematic supervision of certain groups of patients, and preventive and health-improving measures. The main goal is to ensure high-quality medical examination in rural areas, timely detection of diseases, especially genetic ones in the early stages, systematic supervision of certain groups of patients, and preventive and health-improving measures.

Key words: rural medicine, medical and obstetric points, reform, medical services, primary care.

References

1. *On improving the availability and quality of medical care in rural areas:* Law of Ukraine (2017), Parlamentske vydavnytstvo, Kyiv.
2. Palchuk, V. (2018), „The priority of 2018 is the reform of rural medicine”, *Ukrayina: podiyi, fakty, komentari*, No 3, available at: <http://nbuviap.gov.ua/images/ukraine/2018/ukr3.pdf> (Accessed 20 may 2020).
3. *Rural medicine OTG.cn.ua*, available at: <https://otg.cn.ua/tag/silskamedytsyna/> (Accessed 19 may 2020).
4. Lavrinenko, L. I. (2018), *Health care in the Chernihiv region (1960–1980)*, Desna, Chernihiv.
5. *On the autonomy of health care institutions:* the Law of Ukraine (2017), Parlamentske vydavnytstvo, Kyiv.
6. *On state financial guarantees of medical care:* the Law of Ukraine (2017), Parlamentske vydavnytstvo, Kyiv.
7. *On the adoption of the draft Law of Ukraine on Amendments to the Budget Code of Ukraine to provide state financial guarantees for the provision of medical services and medicines:* Resolution of the Verkhovna Rada of Ukraine (2017), Parlamentske vydavnytstvo, Kyiv.
8. *On improving the availability and quality of medical care in rural areas:* the Law of Ukraine (2017), Parlamentske vydavnytstvo, Kyiv.
9. *The government directed budget subventions to rural medicine. Legal newspaper*, available at: <https://sud.ua/ru/news/ukraine/159553-uryad-spryamuvav-subventsiyi-z-byudzhetu-na-silsku-meditsinu> (Accessed 19 may 2020).
10. *On the State Budget of Ukraine for 2020:* Law of Ukraine (2019), Parlamentske vydavnytstvo, Kyiv.