

ПРОПОЗИЦІЇ ЩОДО ВНЕСЕННЯ ДОПОВНЕНЬ ТА ЗМІН В ЧАСТИНІ ПРОВЕДЕННЯ РЕФОРМ В ЕКОНОМІЦІ (охорона здоров'я)

За результатами обговорення розділу «Підвищення стандартів життя» Реформа медичного обслуговування Програми економічних реформ на 2010 – 2014 роки «Заможне суспільство, конкурентоспроможна економіка, ефективна держава» робоча група управління охорони здоров'я облдержадміністрації з економічних реформ надає наступні пропозиції щодо доповнення існуючої версії Програми.

Розгляд проблемного питання.

Відповідно до ст.26 Закону України “Про місцеве самоврядування в Україні” до 2002 року сільські заклади охорони здоров'я перебували у спільній власності територіальних громад районів. Із введенням у 2002 році Бюджетного Кодексу України, статтею 88 передбачено підпорядкування їх та фінансування із бюджетів сільських рад (СР). В результаті:

порушено вертикаль управління медичними закладами (організаційний, методологічний механізми державного регулювання) з рівня району (юридично управлінські важелі зосередились в руках голів СР, які, як правило, не знайомі із управлінням системою охорони здоров'я), і зараз існує структурно-функціональний нігілізм з рівня фельдшерсько-акушерських пунктів до рівня дільничних лікарень;

порушуються основи функціонування медичних закладів, так як медична діяльність регламентована стандартами якості діагностики і лікування, які, у більшості своїй, не виконуються із-за фахової некомпетентності керівників ОМС, невідповідності матеріально-технічного та медикаментозного забезпечення їх органами МС;

із-за порушення правового механізму державного регулювання у даній ситуації неможливо провести ліцензування сільських медичних закладів, так як СР не є суб'єктами надання медичних послуг;

порушення фінансового механізму спричинили штучне зменшення видатків на сільську охорону здоров'я області, так як у керівників ОМС з'явилась можливість зняття коштів на інші цілі із бюджетів закладів охорони здоров'я (ЗОЗ) (субвенція державного бюджету місцевим бюджетам на функціонування ЗОЗ, що прорахована згідно формульного розподілу на 1 жителя). По даним проведеного аналізу, наприклад, по Маловисківському району (в області 21 сільський район) за 2006-2008 роки було використано головами СР на інші цілі 960 тис. грн., що були визначені по функції «охорона здоров'я».

враховуючи, що керівники ОМС стали працедавцями для медичних працівників, питання прийому на роботу, забезпечення відповідних умов праці та звільнення з посад є зараз їх прерогативою, іноді без погодження головних лікарів ЦРЛ.

ПРОПОЗИЦІЇ:

1. В частині «ЕТАПИ РЕФОРМИ» при внесенні змін до Бюджетного кодексу України щодо «об'єднання коштів на надання первинної медико-санітарної допомоги на рівні району або міста, на надання вторинної (спеціалізованої) і

швидкої медичної допомоги на обласному рівні» та «чіткого структурного розмежування первинного, вторинного й третинного рівнів медичної допомоги в нормативних актах» необхідно врахувати не лише зміну фінансового механізму, а й повернення сільських медичних закладів з підпорядкування органів місцевого самоврядування на рівень району зі створенням районних територіальних медичних об'єднань. Це забезпечить функціонування організаційної, структурної та функціональної «вертикалі» діяльності системи охорони здоров'я.

Розгляд проблемного питання.

Відповідною законодавчо-нормативною базою Державної стратегії регіонального розвитку на період до 2015 року (постанова Кабінету Міністрів України від 21.07.2006 року №1001, Закони України від 8.09.2005 року №2850-IV "Про Генеральну схему планування території України", від 9.04.1999 року №586-X IV "Про місцеві державні адміністрації", від 21.05.1997 року №280 "Про місцеве самоврядування в Україні", Указами Президента України від 25.05.2001 року №341 "Про Концепцію державної регіональної політики" та від 06.12.2005 року №1694 "Про невідкладні заходи щодо реформування системи охорони здоров'я населення" тощо) визначено створення конкурентоздатних регіонів та самодостатніх територіальних громад (ТГ) для забезпечення територіально цілісного та збалансованого розвитку України, інтеграції регіонів в єдиному політичному, правовому, інформаційному та культурному просторі, максимально повного використання їх потенціалу з урахуванням природних, економічних, історичних, культурних, соціальних та інших особливостей. Базисом цього стане оптимізація територіальної основи публічної влади з впорядкуванням меж адміністративно-територіальних одиниць і чіткий розподіл сфери повноважень між місцевими органами виконавчої влади та органами МС.

На території Кіровоградської області планується зменшити кількість існуючих ТГ, укрупнивши їх, та створити 53 самодостатніх ТГ. При цьому межі існуючих районів області будуть переглянуті та деякі населені пункти різних сучасних районів будуть об'єднані в нові ТГ. Цей аспект потребує узгодження з сучасною територіальною системою організації та надання медичної допомоги.

ПРОПОЗИЦІЇ:

Регіональні аспекти створення і функціонування медичних закладів, госпітальних округів, міжрайонних медичних центрів та об'єднань необхідно упорядкувати з Державною стратегією регіонального розвитку на період до 2015 року.