

ХМЕЛЬНИЦЬКА ОБЛАСНА РАДА
ХМЕЛЬНИЦЬКИЙ УНІВЕРСИТЕТ УПРАВЛІННЯ ТА ПРАВА ІМЕНІ
ЛЕОНІДА ЮЗЬКОВА

ФАКУЛЬТЕТ УПРАВЛІННЯ ТА ЕКОНОМІКИ

Кафедра публічного управління та адміністрування

МАГІСТЕРСЬКА РОБОТА

на тему: «**МЕХАНІЗМИ ПУБЛІЧНОГО УПРАВЛІННЯ У СФЕРІ
ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ РІВНОГО ДОСТУПУ ДО МЕДИЧНИХ
ПОСЛУГ СІЛЬСЬКОГО НАСЕЛЕННЯ В УКРАЇНІ**»

Виконав: студент магістратури
за спеціальністю
281 Публічне управління та
адміністрування

Зозуля Євгеній Миколайович

(прізвище імя та по-батькові)

Керівник: к.держ.упр., доцент Шевчук І.В.

(науковий ступінь, вчене звання, прізвище та
ініціали)

Рецензент:

(науковий ступінь, вчене звання, прізвище та
ініціали)

АНОТАЦІЯ

У магістерській роботі, яка присвячена дослідженню механізмів публічного управління у сфері забезпечення рівного доступу до медичних послуг сільського населення в Україні було обґрунтовано теоретико-методологічні засади визначення механізмів публічного управління, які детермінують системні зміни у сфері охорони здоров'я України в умовах реформування даної галузі.

Для ґрунтовного аналізу зазначеної теми, було проаналізовано теоретичну основу державного забезпечення рівних можливостей доступу до медичних послуг та медичного обслуговування сільського населення, здійснено аналіз правового забезпечення доступу до медичних послуг та медичного обслуговування сільського населення.

Важливого практичного значення набуває розділ, який було присвячено аналізу виявлених недоліків та пошуку шляхів вдосконалення державного забезпечення рівноправності у доступі до медичних послуг сільського населення. Дослідження позитивного зарубіжного досвіду дало змогу виявити та запропонувати окремі елементи, спрямовані на покращення забезпечення рівного доступу до медичних послуг сільського населення в Україні.

Так, з метою забезпечення рівного доступу до медичних послуг сільського і міського населення, необхідно використати досвід країн, які провели медичну реформу та запровадили нові форми медичного обслуговування: телемедицину, медичні пересувні фургони для діагностики, стимулювання молодих спеціалістів до роботи у сільській та віддаленій місцевості, перерозподіл бюджетних коштів на охорону здоров'я у сферу сільської медицини за рахунок розширення мережі сільських лікарів та скорочення кількості вузькоспеціалізованих лікарів.

SUMMARY

The master's thesis, which is devoted to the study of public administration mechanisms in the field of equal access to medical services for rural people in Ukraine, substantiated the theoretical and methodological principles of determining public administration mechanisms that determine systemic changes in health care in Ukraine. For a thorough analysis of this topic, the theoretical basis of state provision of equal opportunities for access to medical services and medical care for the rural population was analyzed, the analysis of legal provision of access to medical services and medical care for the rural population was analyzed. The section devoted to the analysis of the revealed shortcomings and search of ways of improvement of the state maintenance of equality in access to medical services of the rural population acquires important practical value. The study of positive foreign experience made it possible to identify and propose some elements aimed at improving equal access to health care for the rural population in Ukraine.

ЗМІСТ

ВСТУП.....	5
РОЗДІЛ 1	
ТЕОРЕТИКО-ПРАВОВІ АСПЕКТИ ДЕРЖАВНОГО ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ РІВНИХ МОЖЛИВОСТЕЙ ДОСТУПУ ДО МЕДИЧНИХ ПОСЛУГ ТА МЕДИЧНОГО ОБСЛУГОВУВАННЯ СІЛЬСЬКОГО НАСЕЛЕННЯ.....	9
1.1. Теоретична характеристика державного забезпечення рівних можливостей доступу до медичних послуг та медичного обслуговування сільського населення.....	9
1.2. Правове забезпечення доступу до медичних послуг та медичного обслуговування сільського населення.....	14
РОЗДІЛ 2	
МЕХАНІЗМИ ПУБЛІЧНОГО УПРАВЛІННЯ У СФЕРІ ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ РІВНОГО ДОСТУПУ ДО МЕДИЧНИХ ПОСЛУГ СІЛЬСЬКОГО НАСЕЛЕННЯ.....	23
2.1. Механізми публічного управління: їх класифікація та складові елементи..	23
2.2. Аналіз механізмів публічного управління у сфері забезпечення рівного доступу до медичних послуг сільського населення.....	25
РОЗДІЛ 3	
ПРОБЛЕМИ ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ РІВНОГО ДОСТУПУ ДО МЕДИЧНИХ ПОСЛУГ СІЛЬСЬКОГО НАСЕЛЕННЯ ТА ШЛЯХИ ЇХ ПОДОЛАННЯ.....	37
3.1. Напрямки вдосконалення державного забезпечення рівноправності у доступі до медичних послуг сільського населення	37
3.2. Зарубіжний досвід державного забезпечення рівного доступу до медичних послуг сільського населення у процесі реформування системи охорони здоров'я.....	47
ВИСНОВКИ.....	56
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ.....	60
ДОДАТКИ.....	68

ВСТУП

Актуальність теми. Статутом Всесвітньої організації охорони здоров'я та Основним Законом нашої держави закріплюється невід'ємне право людини на охорону здоров'я, медичну допомогу і медичне страхування, що не залежить від будь яких чинників (раси, релігії, політичних переконань, його соціально-економічного положення тощо).

Національна стратегія реформування медичної системи України на період 2015–2020 роки окреслює проблеми та можливі шляхи їх вирішення для формування нової державної політики в даній галузі, включаючи суттєві нормативні перетворення та впровадження нових можливих фінансових механізмів для забезпечення прав людини у сфері охорони здоров'я. За таких умов медична система країни має базуватися на трьох засадничих принципах: орієнтованість на людину, орієнтованість на результат, орієнтованість на втілення кращих технологій та кращого досвіду надання медичних послуг.

Окрім того, зауважимо, що публічне управління у сфері охорони здоров'я визначається державною політикою у сфері охорони громадського здоров'я, яка зорієнтована на забезпечення рівноправності кожної людини і окремих громад у доступі до медичного обслуговування. Державна політика в сфері охорони здоров'я формується і реалізується відповідно до стратегічних напрямів, визначених Всесвітньою організацією охорони здоров'я. На 17-ій 1963 р. (Нью-Йорк) і 35-ій 1983 р. (Венеція) сесіях ВАОЗ визначено 12 принципів організації охорони здоров'я для будь-якої національної системи, які формуються із позиції повного дотримання прав людини.

Ці правила однаково поширюються як у міській, так і у сільській місцевостях. Вони базуються на позиціях, що всі люди мають однакові права на отримання медичної допомоги незалежно від місця проживання. 35 асамблея 1983 р., яка прийняла поправки до рекомендацій 18-ої Гельсінської асамблеї 1964 р. щодо приведення у відповідність із міською організацією охорони здоров'я у сільській місцевості, зобов'язала держави забезпечити такі умови

роботи в державній системі охорони здоров'я, які були б достатньо привабливі для того, щоб система медичних послуг у сільській місцевості могла розвиватись так само, як аналогічна система в містах.

На етапі реформування медичної галузі України актуальним є вивчення зарубіжного досвіду в сфері організації сільської медицини. Тому узагальнення досвіду країн, які успішно здійснили реформу системи охорони здоров'я, визначення механізмів та інструментів забезпечення рівноправності у доступі до медичних послуг сільського населення та вироблення рекомендацій щодо шляхів вирішення в Україні проблем сільської медицини.

На актуальності проблеми подолання нерівності в сфері надання медичних послуг у сільській місцевості зосереджують свою увагу багато як зарубіжних, та й українських вчених, зокрема: Л. В. Бондарева [5], О. В. Виноградов [4], С. М. Вовк [35, 37]; В. М. Лобас [20], О. В. Гафурова [12], Галацан О. В. [34], Фойгт Н. [8].

Але, не зважаючи на значний інтерес вчених до питань державного управління соціальними системами, до яких відноситься медична галузь, управління системними змінами у сфері охорони здоров'я в Україні не було визначено предметом спеціального дослідження, що й зумовило наукову актуальність і практичну значущість даного дослідження, визначило його мету та завдання.

Мета роботи полягає в обґрунтуванні теоретико-методологічних засад визначення механізмів публічного управління, які детермінують системні зміни у сфері забезпечення рівного доступу до медичних послуг сільського населення в Україні.

Для реалізації поставленої мети було передбачено розв'язання наступних **завдань**:

- здійснити теоретичну характеристику державного забезпечення рівних можливостей доступу до медичних послуг та медичного обслуговування сільського населення;
- проаналізувати нормативно-правове регулювання доступу до медичних

- послуг та медичного обслуговування сільського населення;
- охарактеризувати механізми публічного управління у сфері забезпечення медичними послугами сільського населення;
 - виявити проблеми забезпечення рівного доступу до медичних послуг сільського населення та шляхи їх подолання;
 - запропонувати напрямки вдосконалення державного забезпечення рівноправності у доступі до медичних послуг сільського населення;
 - з метою запровадження кращих практик, проаналізувати зарубіжний досвід державного забезпечення рівного доступу до медичних послуг сільського населення.

Об'єкт дослідження процес публічного управління сферою забезпечення рівного доступу до медичних послуг сільського населення в Україні.

Предметом дослідження виступає взаємодія механізмів публічного управління системними змінами у сфері забезпечення рівного доступу до медичних послуг сільського населення в Україні.

Методи дослідження. Для реалізації поставленої мети було використано комплекс загальнонаукових та спеціальних методів, зокрема: теоретичні: абстрагування, конкретизації та узагальнення теоретичних положень у наукових джерелах для визначення сучасного стану дослідження проблеми, термінологічного аналізу для визначення базових понять і подальшого розвитку понятійно-категорійного апарату дослідження; порівняльний метод використано для вивчення поточного стану сфери охорони здоров'я в Україні; за допомогою методу типологізації визначено існуючі форми конкуренції на ринку медичних послуг, які зумовлюють системні зміни у сфері охорони здоров'я; метод моделювання використано для розробки моделі механізмів державного управління захистом здоров'я здорових і працюючого населення України; гіпотетико-дедуктивний – для аналізу наслідків системних змін щодо запровадження механізмів публічного управління у сфері забезпечення рівного доступу до медичних послуг сільського населення в Україні й верифікації практичних рекомендацій щодо удосконалення досліджуваного об'єкта;

прогностичного аналізу системних змін у галузі; емпіричні: спостереження для розв'язання завдань дослідження; порівняння, для зіставлення механізмів публічного управління у сфері забезпечення рівного доступу до медичних послуг сільського населення в Україні та зарубіжних країнах; узагальнення та вимірювання для перевірки розробленої методики оцінювання результатів ефективного управління медичними установами.

Апробація результатів дослідження. Окремі положення магістерської роботи було апробовано на науково-практичному круглому столі "Захист прав людини в Україні: Сучасний стан та перспективи вдосконалення", який відбувся 10 грудня 2020 року, м. Хмельницький, Хмельницький університет управління та права імені Леоніда Юзькова.

Інформаційною базою дослідження стали аналіз вітчизняних та закордонних наукових джерел, аналітичних доповідей та звітів, у тому числі міжнародних організацій, інформаційні матеріали Кабінету Міністрів України про стан ресурсного забезпечення галузі, документи Міністерства охорони здоров'я України тощо.

Практичне значення одержаних результатів полягає в тому, що викладені в роботі положення можуть бути використані в подальшому у науково-дослідній роботі – для подальшого наукового дослідження теоретичних та практичних проблем управління сферою забезпечення рівного доступу до медичних послуг сільського населення в Україні; для вдосконалення діяльності органів влади та інших уповноважених суб'єктів у сфері охорони здоров'я та правотворчій діяльності для вдосконалення законодавства України з питань публічного управління сферою охорони здоров'я.

РОЗДІЛ 1

ТЕОРЕТИКО-ПРАВОВІ АСПЕКТИ ДЕРЖАВНОГО ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ РІВНИХ МОЖЛИВОСТЕЙ ДОСТУПУ ДО МЕДИЧНИХ ПОСЛУГ ТА МЕДИЧНОГО ОБСЛУГОВУВАННЯ СІЛЬСЬКОГО НАСЕЛЕННЯ

1.1. Теоретична характеристика державного забезпечення рівних можливостей доступу до медичних послуг та медичного обслуговування сільського населення

Публічне управління у сфері охорони здоров'я визначається державною політикою у сфері охорони громадського здоров'я, яка зорієнтована на забезпечення рівноправності кожної людини і окремих громад у доступі до медичного обслуговування.

Громадське здоров'я являє собою комплексну політичну, економічну, соціальну та медичну категорію, яка об'єднує особисте здоров'я громадян, обумовлена дією сукупності політичних, економічних, соціальних і біологічних чинників, визначає демографічний, соціальний, економічний потенціал суспільства, є фактором національної безпеки та об'єктом соціальної політики держави [1].

При формуванні та реалізації державної політики в сфері охорони здоров'я основна увага зверталась на міжнародні стандарти в даній галузі, зокрема в основу лягли стратегічні напрями, які було визначено Всесвітньою організацією охорони здоров'я (далі – ВООЗ). Так, на сімнадцятій сесії, яка відбулась у 1963 році в м. Нью-Йорк та тридцять п'ятій сесії, яка відбулась у 1983 році в м. Венеція, ВООЗ було сформульовано 12 принципів організації охорони здоров'я. Вони стосуються будь-якої національної системи, основним напрямком формування яких стало повне дотримання прав людини [2].

Ці норми в однаковій мірі поширюються на міські та сільські місцевості. В їх основу закладено принцип рівності – всі люди мають однакові права на отримання медичної допомоги, що не залежить від місця проживання.

Тридцять п'ята асамблея у 1983 році прийняла поправки до рекомендацій вісімнадцятої Хельсинкської асамблеї 1964 р. щодо приведення у відповідність із міською організацією охорони здоров'я у сільській місцевості, чим покладено зобов'язання на держави забезпечити такі умови роботи в державній системі охорони здоров'я, які б були достатніми для розвитку системи медичних послуг в сільській місцевості на рівні з такою ж системою у містах. Окрім того, в програмному документі ЄРБ ВООЗ “Здоров'я для всіх у ХХІ столітті” було визначено головні засади політики забезпечення здоров'я для всіх у Європейському регіоні.

Актуальність проблеми подолання нерівності у сфері медичного обслуговування міських і сільських жителів спричинила значний інтерес наукових спільнот до аналізу необхідних управлінських заходів. Також, існує посилений інтерес до цієї проблеми зі сторони Європейської Комісії та відповідних агентств.

Важливим питанням, яке постає в аспекті з'ясування концептуальних підходів у публічному управлінні в сфері забезпечення рівних можливостей різних категорій населення у сфері медичного обслуговування є характеристика та аналіз понятійного апарату, на що зверталась увага у багатьох дослідженнях науковців.

Вважаємо, що одним з головних термінів, який необхідно визначити є “медичного обслуговування”, нормативне визначення якого міститься в Основах законодавства України про охорону здоров'я. Так, даний нормативний акт визначає медичне обслуговування як діяльність закладів охорони здоров'я та фізичних осіб – підприємців, які зареєстровані та одержали відповідну ліцензію в установленому законом порядку, у сфері охорони здоров'я, що не обов'язково обмежується медичною допомогою [3].

Здійснивши аналіз, вважаємо, що законодавче визначення даного поняття не є повним, оскільки воно не розкриває змісту та напрямів даного виду діяльності. Так, у чинному законодавстві зазначається, що медичне обслуговування “не обов'язково обмежується медичною допомогою”, але не

міститься вказівки, який ще вид діяльності закладів охорони здоров'я буде належати до категорії медичного обслуговування.

Варто зазначити, що окрім терміна “медична допомога”, науковці у галузі публічного управління у сфері охорони здоров'я застосовують термін “медична послуга”, яке не має в наукових джерелах однозначного трактування. Внаслідок змін у сфері охорони здоров'я України та враховуючи те, що в нових соціально-економічних умовах нашої держави модель організації надання медичної допомоги, яка визначається науковцем М. Семашко є нездатною забезпечити населення якісною медичною допомогою. Дослідники все більше пропонують розглядати категорію “медична допомога” в аспекті соціального виміру, а категорію “медична послуга” – в економічному вимірі. Наведеної точки зору дотримуються Л. Бондарева і О. Виноградов, які зауважують, що зазначені поняття різняться за своєю суттю та відображають різні за змістом категорії [4, 5]. Так, Л. Бондарева зазначає що “медична допомога” має переважно соціальне спрямування, оскільки застосовується до споживачів послуги, під якими розуміються хворі постраждалі, травмовані, а “медична послуга” містить в собі економічну складову “медичної допомоги”, оскільки відноситься до виробників послуги - постачальників, надавачів, провайдерів медичних послуг [5].

Зазначену точку зору (віднесення поняття “медична послуга” до економічної категорії, яка оцінюється в грошовому еквіваленті) можна підтвердити й нормами Закону України “Про захист прав споживачів”, де “послуга” трактується як “діяльність виконавця з надання (передачі) споживачеві певного визначеного договором матеріального чи нематеріального блага, що здійснюється за індивідуальним замовленням споживача для задоволення його особистих потреб” [6].

Але зазначається, що поняття “медична послуга” не має нормативного визначення у чинному законодавстві України. Натомість в Основах законодавства України про охорону здоров'я зазначено, що “медична допомога – це діяльність професійно підготовлених медичних працівників, спрямована на профілактику, діагностику, лікування та реабілітацію у зв'язку з хворобами,

травмами, отруєннями і патологічними станами, а також у зв'язку з вагітністю та пологами” [5].

Щодо актуальності та необхідності законодавчого закріплення поняття “медична послуга” зазначають фахівці в даній галузі (І. Сисоєнко, Р. Семенуха, Т. Кремінь, К. Яриніч, О. Кириченко та І. Цанько), що є необхідним для ефективного здійснення реформ системи охорони здоров'я в умовах ринкової економіки. Ними пропонується закріпити в нормах Основ законодавства України про охорону здоров'я наступну дефініцію: “медична послуга – послідовно визначені дії або комплекс дій медичних працівників, направлені на профілактику, діагностику, лікування захворювання та реабілітацію, які мають самостійне закінчене значення і визначену вартість (ціну)”.

З врахуванням наведеного положення й зазнає змін термін “медична допомога”, яку буде визначено як “комплекс діагностичних та лікувально-профілактичних та реабілітаційних заходів, що забезпечуються професійно підготовленими медичними працівниками з метою профілактики захворювань, встановлення діагнозу, усунення чи зменшення симптомів захворювання чи патологічного стану, з метою покращення чи відновлення стану здоров'я, а також у зв'язку з вагітністю та пологами” [7].

Нами дана позиція не підтримується у повній мірі через те, що наведені трактування медичної послуги та медичної допомоги мають визначену вартість (ціну), а вони можуть бути як платними, так і безоплатними. З врахуванням наведеного будемо використовувати термін “медична послуга” у тому значенні, як його подають західні вчені, тобто весь медичний сервіс, який можуть надати заклади охорони здоров'я та приватні медичні працівники, незалежно від їхньої власності та форм економічної діяльності.

Отже, можна зазначити, що медичне обслуговування населення України – це діяльність із надання соціальної медичної допомоги та економічно обумовлених медичних послуг закладами охорони здоров'я та зареєстрованими фізичними особами-підприємцями, які одержали на це відповідну ліцензію.

Для з'ясування концептуальних підходів у публічному управлінні в сфері

забезпечення рівного доступу до медичного обслуговування сільського населення важливим є визначення дефініції “доступ до медичних послуг” і “доступність медичного обслуговування”. Здійснивши аналіз різноманітних наукових джерел, можемо зауважити, що єдиної позиції щодо трактування цих понять не сформувався. У вітчизняній науковій літературі з державного управління в сфері охорони здоров'я переважно використовується термін “доступність медичної допомоги”. До прикладу, Н. Фойгт розглядає “доступність” як нормативно закріплену та організаційно забезпечену можливість надання/отримання без перепон необхідної медичної допомоги [8].

Л. Бондарєва у своєму дисертаційному дослідженні пропонує визначення наступного змісту: “доступність медичної допомоги – це законодавчо врегульована та організаційно забезпечена можливість надання своєчасної й кваліфікованої медичної допомоги та прийнятність за рівнем якості для населення країни цієї допомоги незалежно від географічних, економічних, соціальних, інформаційних, культурних та мовних бар'єрів, тобто відсутність перепон для отримання пацієнтом медичних послуг, пов'язаних з організацією надання медичної допомоги” [9].

На противагу нашим, західні науковці чітко розмежовують поняття “доступу до медичних послуг” та “доступності медичних послуг”. Так, вчені Королівського коледжу в Лондоні М. Гулліфорд, Дж. Фігероа-Муньос, М. Морган, Д. Хьюз, У. Гібсон, Р. Бук, М. Хадсон під “доступом до медичних послуг” розуміють загальний обсяг послуг, які може надати своїм громадянам система охорони здоров'я визначеної країни – так зване медичне “меню”, натомість “доступність медичних послуг” означає ступінь можливостей певної категорії населення отримати конкретну медичну послугу, що буде залежати від фінансових, організаційних, соціальних або культурних бар'єрів, що можуть обмежити використання послуг. Їх позиція обґрунтована тим, що доступність послуг, а також перепони для доступу мають розглядатися в аспекті різноманітних думок: медико-санітарних потреб, а також матеріальних і культурних установок різних груп у суспільстві [10].

Враховуючи неоднозначність поглядів щодо визначення дефініцій, які попередньо було проаналізовано, нами буде використовуватись поняття “рівні можливості доступу до медичних послуг” та “доступність медичного обслуговування”.

1.2. Правове забезпечення доступу до медичних послуг та медичного обслуговування сільського населення

Як зазначено в ст. 49 Основного Закону нашої держави, держава гарантує кожному право на охорону здоров'я, медичну допомогу та медичне страхування; створює умови для ефективного і доступного для всіх громадян медичного обслуговування (ст. 49 Конституції України).

Як нами зазначалось у попередньому підрозділі магістерського дослідження, ще у 1983 році Всесвітньою медичною асоціацією було акцентовано увагу на тому, що сільське населення має однакові права на отримання медичної допомоги з жителями міст. Зрозуміло, що існуватимуть економічні та інші фактори, які будуть впливати на кількість медичних послуг, які будуть доступними в сільських районах, але ж в якості надання медичних послуг не має бути жодної різниці [11].

В нашій державі доступність та якість медичної допомоги селянам завжди були нижчими за якість у порівнянні з такою самою допомогою, яку отримують містяни. Територіальна віддаленість від центральних районних лікарень, труднощі з транспортом, незадовільний стан доріг, невідповідність матеріально-технічної бази сільських лікувальних установ сучасним вимогам – наведені фактори спричиняють непереборні перешкоди не лише для отримання якісної медичної допомоги, а й ставлять питання про взагалі можливість отримання медичних послуг [12, с. 59].

Незадовільний рівень забезпеченості сучасним медичним обладнанням, транспортом та медикаментами практично унеможлиблює надання вчасних та якісних лікувально-профілактичних послуг. Медичні заклади, які розташовані

на селі не мають у своєму користуванні повноцінного обладнання, виробів медичного призначення, інвентарю, які є необхідними для надання первинної допомоги. Не зважаючи на ухвалення значної кількості нормативно-правових актів, питання щодо забезпечення закладів охорони здоров'я, які знаходяться у сільській місцевості, необхідним сучасним обладнанням та технікою, до цього часу залишається не вирішеним.

Важливе значення для забезпечення належної доступності первинної медичної допомоги для сільських жителів має наявність автотранспорту. За цим показником існують значні міжрегіональні відмінності: від 5,2 автомобіля на 10 тис. сільського населення у Харківській області до 1,3 автомобіля у Тернопільській, Івано-Франківській та Рівненській областях. Як наголошує Міністерство охорони здоров'я України автопарк первинної допомоги у всіх регіонах зношений на 80 % і більше [13]. З врахування зазначених показників, виникають сумніви щодо можливості дотримання нормативу прибуття бригад екстреної (швидкої) медичної допомоги на місце події за зверненнями, що належать до категорії екстрених, який становить у населених пунктах поза межами міста - 20 хвилин з моменту надходження звернення до диспетчера оперативно-диспетчерської служби центру екстреної медичної допомоги та медицини катастроф. Враховуючи метеорологічні умови, сезонні особливості, епідеміологічну ситуацію та стан доріг, зазначений норматив може бути перевищений, але не більше ніж на 10 хвилин (пп. 2) п. 1 постанови Кабінету Міністрів України від 21 листопада 2012 р. № 1119 «Про норматив прибуття бригад екстреної (швидкої) медичної допомоги на місце події»).

Не зважаючи на те, що селу надається перевага у порівнянні з містом (у розрахунку на душу населення) у спорудженні об'єктів освіти, культури, спорту та охорони здоров'я (ст. 8 Закону України «Про пріоритетність соціального розвитку села та агропромислового комплексу в сільському господарстві»), сільські мешканці постійно відчують обмеження доступу до послуг у сфері охорони здоров'я. Така ситуація обумовлена насамперед, дефіцитом мережі

відповідних закладів у сільській місцевості. Крім того, першочергового значення набуває вирішення проблеми їх кадрового забезпечення.

На законодавчому рівні гарантується, що мережа державних і комунальних закладів охорони здоров'я формується з урахуванням потреб населення у медичному обслуговуванні, необхідності забезпечення належної якості такого обслуговування, своєчасності, доступності для громадян, ефективного використання матеріальних, трудових і фінансових ресурсів (ст. 16 Закону України від 19 листопада 1992 р. «Основи законодавства України про охорону здоров'я»). Але статистичні дані демонструють зовсім іншу ситуацію. Зокрема, забезпеченість сіл лікарнями на 2015 рік становила лише 2 %, фельдшерсько-акушерськими пунктами – 52,5 % , амбулаторіями – 12,1 %, аптеками – 9,7 % [14, с. 516].

Відсутність у селах лікарських дільниць, амбулаторій, аптек, фельдшерсько-акушерських пунктів є одним із негативних факторів, що змушують сільське населення змінювати місце проживання, збільшуючи при цьому темпи міграції [15, с. 244.]. Не зважаючи на законодавчо закріплену заборону скорочення існуючої мережі лікарських закладів (ст. 49 Конституції України та ст. 16 Закону України «Основи законодавства України про охорону здоров'я»), в умовах реформування системи первинної медико-санітарної допомоги, було реалізовано заходи, спрямовані на зменшення кількості медичних установ, розташованих у сільській місцевості та їх ліжкового фонду. Планувалось зокрема: розробити регіональні плани оптимізації мережі закладів охорони здоров'я; здійснювати в разі потреби перепрофілювання ліжкового фонду закладів охорони здоров'я, у ліжковий фонд медико-соціального призначення з передачею його в установленому порядку органам соціального захисту населення; забезпечувати створення на базі закладів охорони здоров'я, денних стаціонарів, а також стаціонарів вдома (п.п. 1, 7, 8 Комплексних заходів щодо поліпшення медичного обслуговування сільського населення на 2002-2005 роки, затверджених Указом Президента України від 3 січня 2002 р. № 8).

Значні зміни відбувались й у структурі мережі лікувально-профілактичних закладів у сільській місцевості. Раніше вона формувалася у межах адміністративного району на міжселенній основі. До неї входили центральна районна лікарня, районні та дільничні лікарні, лікарські амбулаторії, а також фельдшерсько-акушерські та фельдшерські пункти, центральні районні аптеки, госпрозрахункові аптеки загального типу, аптечні кіоски та аптечні пункти I та II груп, профілакторії та санаторії (п. 5.41 наказу Міністерства у справах будівництва і архітектури України від 5 січня 1994 р. № 6 «Планування і забудова сільських поселень ДБН Б.2.4-1-94»).

На сьогодні надання медичної допомоги населенню має здійснюватися на основі пріоритетного розвитку первинної медичної (медико-санітарної) допомоги на засадах сімейної медицини. Для цього створюються центри первинної медичної (медико-санітарної) допомоги (далі – ЦПМСД), які є закладами охорони здоров'я. Окрім того, таку допомогу надають лікарі загальної практики – сімейні лікарі, які провадять господарську діяльність з медичної практики як фізичні особи - підприємці та можуть перебувати з цими закладами охорони здоров'я у цивільно-правових відносинах. До складу ЦПМСД можуть входити як структурні чи відокремлені підрозділи фельдшерсько-акушерські пункти, амбулаторії, медичні пункти, медичні кабінети (ст. 35-1 Закону України «Основи законодавства України про охорону здоров'я»).

У сільських населених пунктах мають діяти амбулаторії, фельдшерсько-акушерські пункти/ фельдшерські пункти (далі - ФАП/ФП) та медичні пункти тимчасового базування (далі - МПТБ).

Амбулаторії створюються з метою забезпечення населення первинною медичною (медико-санітарною) допомогою, у тому числі невідкладною медичною допомогою, шляхом наближення місця надання такої допомоги до місць проживання прикріпленого населення та забезпечення реалізації права пацієнтів вибрати лікаря, що її надає. Зазначений медичний заклад діє на підставі Положення про амбулаторію, затвердженого наказом Міністерства

охорони здоров'я України від 4 листопада 2011 року № 755. В амбулаторії працюють від одного до декількох (переважно 4-8) лікарів загальної практики - сімейних лікарів.

Як правило, створення амбулаторій відбувається на базі дільничних лікарень або лікарських амбулаторій, які функціонують у сільській місцевості. Так, Загальнодержавною Програмою розвитку первинної медико-санітарної допомоги на засадах сімейної медицини на період до 2011 року, затвердженою Законом України від 22 січня 2010 р., регламентувалась необхідність продовження роботи зі створення мережі амбулаторій сімейної медицини у сільській місцевості шляхом реорганізації і перепрофілювання діючих закладів охорони здоров'я. Державною цільовою програмою розвитку українського села, затвердженою постановою Кабінету Міністрів України від 19 вересня 2007р. №1158, закріплювалась реструктуризація мережі закладів первинної медичної (медико-санітарної) допомоги із введенням фельдшерсько-акушерських пунктів до складу сільських лікарських амбулаторій як структурних підрозділів (п.7 р.ІІ).

Зазначений підхід парламенту створив умови для знищення існуючої мережі сільських закладів охорони здоров'я. Загальновідомий факт закриття дільничної лікарні із цілодобовим стаціонаром на 20 місць у селі Миколаївка-1 Дніпропетровської області., яка обслуговувала понад 7 тис. жителів цього села та прилеглих сіл. На противагу лікарні була створена амбулаторія сімейної медицини з ліжками для денного перебування. Відтоді найближча до села лікарня з цілодобовим стаціонаром знаходиться на відстані 70 км [16].

Аналіз законодавства у досліджуваній сфері доводить поступову тенденцію до зменшення обов'язкової кількості медичних установ у сільській місцевості. Так, Указом Президента України від 3 січня 2002 р. № 8 «Про Комплексні заходи щодо поліпшення медичного обслуговування сільського населення на 2002-2005 роки» передбачалося продовжити створення у сільських населених пунктах, у яких проживає понад 1 тис. осіб, амбулаторій загальної практики - сімейної медицини (п. 4). Тобто, відповідно до даного

нормативно-правового акту, на кожному 1 тис. сільського населення мала діяти 1 амбулаторія. Але наказом Міністерства охорони здоров'я України від 10 вересня 2013 р. № 793 встановлено норматив забезпеченості амбулаторіями сільського населення, який закріплює пропорцію між кількістю сільського населення та кількістю амбулаторій та вказує мінімальну необхідну кількість амбулаторій на 10 тис. сільського населення: $N_{\text{АмбС}} = 3,3$.

Якщо порівняти кількісні показники з європейськими країнами, там забезпеченість медичними закладами становить 4,9 на 10 тис. населення незалежно від того, місто це чи село [3]. Отже, навіть дотримання зазначеного нормативу не забезпечить на належному рівні доступ сільського населення до медичної допомоги.

Надання долікарської медичної допомоги населенню відповідного населеного пункту забезпечує ФАП/ФП, який є структурним підрозділом амбулаторії ЦПМСД. ФАП/ФП має статус відокремленого структурного підрозділу ЦПМСД. Такий медичний заклад створюється у населеному пункті з населенням 300 осіб і більше, де немає інших надавачів безоплатної первинної медичної (медико-санітарної) допомоги, з метою забезпечення належної доступності такої допомоги жителям цього населеного пункту (п. 1 Положення про фельдшерсько-акушерський/фельдшерський пункт, затвердженого наказом Міністерства охорони здоров'я України від 4 листопада 2011 року №755).

Варто звернути увагу, на те, що у національному законодавстві чітко не визначена кількість населення за якої мають створюватись вказані пункти, оскільки вищезазначена Державна цільова програма розвитку українського села на період до 2015 року передбачає створення фельдшерсько-акушерських пунктів у селах з населенням понад 500 осіб (п. 7 р. II).

Окрім того, зазначимо, що у сільській місцевості взагалі не здійснюється не тільки будівництво, а й ремонт вже наявних медичних закладів. З передбачених Державною цільовою програмою розвитку українського села на період до 2015 року прогнозних показників щодо будівництва, реконструкції та ремонту 1,9 тис. лікарських амбулаторій і 5,4 тис. фельдшерсько-акушерських

пунктів, у 2008–2011 роках введено в експлуатацію 10 фельдшерсько-акушерських пунктів, які постраждали внаслідок повені у 2008 році в Чернівецькій області [17, с. 9].

З метою підвищення доступності для населення первинної медичної (медико-санітарної) допомоги та долікарської медичної допомоги для населення віддалених від місця розташування амбулаторій та ФАП/ФПів, працівників підприємств, установ та організацій, організовується МПТБ. Це місце тимчасового базування медичного персоналу амбулаторії, ФАП/ФПів. Він не входить у структуру ЦПМСД та не має власної структури. МПТБ створюється за ініціативою органу місцевого самоврядування, керівництва підприємства, установи або організації за погодженням з головним лікарем ЦПМСД, до території обслуговування якого належить даний населений пункт, підприємство, установа або організація. МПТБ утримується за рахунок ініціатора його створення, який надає приміщення, що відповідає санітарно-гігієнічним нормам, забезпечує належні виробничі умови, додержання правил внутрішнього трудового розпорядку, охорони праці та протипожежної безпеки, здійснює його оснащення, забезпечує лікарськими засобами та виробами медичного призначення. У МПТБ проводяться заходи санітарно-просвітницького та профілактичного спрямування, консультації лікарями без проведення лікувально-профілактичних процедур, що потребують додаткового обладнання, а також надання медичної допомоги. Створення та утримання вказаних медичних пунктів має відбуватися за рахунок коштів органів місцевого самоврядування або зацікавлених юридичних осіб. З врахуванням вищезазначеного, ми бачимо що держава практично «знімає з себе» відповідальність щодо забезпечення мешканців віддалених населених пунктів доступом до безоплатних медичних послуг.

Отже, у сільській місцевості відбувається прихована ліквідація мережі лікувальних закладів. За даними Державної служби статистики України, станом на 2015 рік (починаючи з 2000 року), кількість лікарняних закладів (з ліжками) скоротилася більше ніж в 12 разів (з 1007 до 74), самостійних лікарських

амбулаторій та поліклінік більше ніж в 4 рази (з 2321 до 525), ФАПів – майже на 3000 (з 16113 до 13205) [18]. З метою опанування процесом що виник, Законом України від 23 лютого 2014 р. було введено мораторій на ліквідацію та реорганізацію закладів охорони здоров'я. Але, на сьогодні, він втратив чинність. Отож, не зважаючи на норми законодавства, право сільських мешканців на охорону здоров'я й далі продовжує порушуватися.

Досить складною є ситуація із забезпеченням сільських населених пунктів лікарями. Враховуючи оплату праці лікарів у сільській місцевості, умови життя та умови праці, молоді спеціалісти категорично відмовляються від розподілу у сільську медицину. Кількість введених штатних посад лікарів первинної ланки часто є нижчою за нормативну, а рівень їх укомплектованості становить 76,6 %. Навантаження на лікаря первинної допомоги у сільській місцевості подекуди сягає 5-6 тис. прикріпленого населення [13].

З метою виходу з кадрової кризи та заохочення молодих спеціалістів до роботи у сільській місцевості, рішенням Колегії Міністерства охорони здоров'я України від 29 квітня 2010 р. «Сучасний стан, реформування та подальший розвиток первинної медико-санітарної допомоги», було передбачено до 1 липня 2010 року внести зміни до постанови Кабінету Міністрів України від 26 вересня 2006 р. № 1361 «Про надання одноразової грошової допомоги деяким категоріям випускників вищих навчальних закладів» щодо віднесення випускників вищих медичних навчальних закладів, які направляються на роботу у сільську місцевість, до переліку випускників, яким надається одноразова грошова допомога у п'ятикратному розмірі мінімальної заробітної плати (п. 3.1.2.). Але, на жаль реалізація зазначеного положення та й залишилась лише на папері.

Задля порівняння зазначимо, що в Росії забезпечення одноразовою грошовою допомогою медичних працівників, які погоджуються працювати та жити у сільській місцевості, здійснюється у рамках федеральної програми «Земський лікар» з 2011 року. Відносини в зазначеній сфері регулюються Законом Російської Федерації «Про обов'язкове медичне страхування в

Російській Федерації» [19], яким передбачено, що у 2013 - 2014 роках будуть здійснюються разові компенсаційні виплати медичним працівникам віком до 35 років, які прибули в 2013-2014 роках після закінчення освітньої установи вищої професійної освіти на роботу в сільський населений пункт або робітниче селище або переїхали на роботу в сільський населений пункт або робітниче селище з іншого населеного пункту і уклали з уповноваженим органом виконавчої влади суб'єкта Російської Федерації договір, в розмірі одного мільйона рублів на одного зазначеного медичного працівника. Фінансове забезпечення одноразових компенсаційних виплат медичним працівникам в 2013 - 2014 роках здійснюється в рівних частках за рахунок інших міжбюджетних трансфертів, які надаються бюджету територіального фонду з бюджету Федерального фонду згідно з федеральним законом про бюджет Федерального фонду на черговий фінансовий рік і на плановий період, і коштів бюджетів суб'єктів Російської Федерації.

У 2015 році такі компенсаційні виплати здійснюються медичним працівникам віком до 45 років (п. 12-1 ст. 51). За час свого існування програма розширила географію впливу (тепер її дія розповсюджується і на робітничі селища), а також коло осіб, які можуть скористатися цією допомогою. Така позиція засвідчує ставлення держави до сільської медицини, яка виступає одним з пріоритетних напрямів для країни.

Підсумовуючи зазначимо, що розвиток законодавства в сфері, яка є предметом нашого дослідження, спрямований все ж на створення умов для подальшої «прихованої» ліквідації мережі медичних закладів у сільській місцевості. Незадовільний рівень забезпечення їх сучасним медичним обладнанням, медикаментами та персоналом практично унеможливує реалізацію права селян на отримання вчасної і якісної медичної допомоги.

РОЗДІЛ 2

МЕХАНІЗМИ ПУБЛІЧНОГО УПРАВЛІННЯ У СФЕРІ ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ РІВНОГО ДОСТУПУ ДО МЕДИЧНИХ ПОСЛУГ СІЛЬСЬКОГО НАСЕЛЕННЯ

2.1. Механізми публічного управління: їх класифікація та складові елементи

Як зазначається в Конституції України, здоров'я людини є найвищою цінністю яка є у державі. Саме це положення покладає на державу обов'язок створення умов для всебічного вирішення суспільних проблем, вона має виступати гарантом соціально-економічного розвитку, у тому числі й гарантом надання медичної допомоги. Здійснивши аналіз стану сфери охорони здоров'я, надання медичних послуг, ми дійшли висновку, що те реформування, що розпочалось у медичній галузі гальмується через перепони, які спричиняють опір у розвитку системної взаємодії механізмів державного управління.

Вважаємо що головними проблемами з однієї сторони стала патерналістична модель, яка властива медичній сфері та має ряд ризиків, зокрема країна вкладає значні кошти у розвиток медичної допомоги, але, цих витрат не достатньо для вирішення існуючих проблем, а окремі ще й посилюються; з іншої – Україна має соціально-орієнтовану модель економіки, яка з часом змінюється на ліберальний економічний режим, без належного верховенства права [20].

Враховуючи попередньо зазначені обставини, розвиток медичної галузі країни зіштовхується з подвійною проблемою: з одного боку реформи мають бути спрямовані на виправлення існуючих проблем, а з іншого передбачають підвищення ефективної дії механізмів державного управління сферою охорони здоров'я. Отже, головною стає потреба у стабільності сфери охорони здоров'я і як наслідок, продовження збереження та зміцнення здоров'я населення, тривалості життя, орієнтації на здоров'я як соціальну цінність, професійне довголіття, зміцнення людського потенціалу тощо [21].

В звітах ВООЗ з 2000 по 2018 роки зазначалось, що для задоволення потреб населення сфера охорони здоров'я, у тому числі й в Україні, повинна виконувати чотири головні функції, до яких належать:

- надання медичної допомоги,
- забезпечення ресурсів,
- фінансування;
- управління [22].

Впровадження медичної реформи в Україні позначається на споживачах медичних послуг та механізмах державного управління які повинні з'єднати між собою споживача і надавача медичних послуг, допомогти ґрунтовно вирішити існуючі проблеми та ухвалити обґрунтоване рішення на національному, регіональному та місцевому рівнях.

Отже, механізми публічного управління у сфері охорони здоров'я повинні виступати як взаємодія між Міністерством охорони здоров'я, Національною службою здоров'я України, інститутами соціального забезпечення і приватним сектором.

Для здійснення ґрунтовного аналізу, необхідно визначитись із дефініцією "механізми публічного управління", їх класифікацією та складовими елементами цих механізмів.

Так, у монографії О. Коротич визначає «Державне управління регіональним розвитком України», аналізуючи певні класифікації механізмів управління, доповнює їх та виокремлює різні рівні впливу механізмів управління – вищій (вищі органи держави), територіальний (обласна державні адміністрації), районні і місцеві (районні державні адміністрації, міські і сільські ради) [23, с. 122].

О. Нюнько доповнила класифікацію О. Коротич за масштабністю впливу та функціональним призначенням, де було виділено комплекси наддержавного, державного, регіонального, місцевого рівня та загальні і специфічні механізми окремих галузей, локальних організацій, підприємств, установ як певний макрорівень [24].

Р. Рудніцька, О. Сидорчук, О. Стельмах у роботі «Механізм державного управління: сутність і зміст» зосередили свою увагу на тому, що механізм державного управління є штучною, складною системою з певною структурою, правовими нормами, засобами, методами впливу на об'єкт управління [25, с. 9].

В. Авер'янов зауважує, що владні відносини, як механізм державного управління, здійснюються через певну організаційну структуру, сукупність певних правових норм та систему виконавчої влади [26].

Деталізований підхід до класифікації механізмів державного управління дала О. Федорчак [27]. Вона систематизувала існуючі визначення механізмів державного управління, але не зважаючи на значну кількість праць, які було проаналізовано, вони сфери охорони здоров'я не торкалися.

На підставі проведеного аналізу наукових напрацювань, варто зауважити, що вчені розглядають механізми державного управління як комплекс дій, впливів, рішень. Але, диференціальний характер певних класифікацій механізмів державного управління зумовив той факт, що відсутній розгорнутий опис побудови системного підходу до механізмів державного управління охороною здоров'я, але натомість у роботах вчених наведені відмінності впливу, дії, методи та суб'єкти управління у різних напрямках розвитку держави.

Вважаємо, що система механізмів публічного управління у сфері охорони здоров'я повинна розглядатися як повноцінне соціально-економічне утворення, комбінація управлінських дій, логічних зв'язків, процедур, методів, інструментів що у своїй сукупності спрямовані на досягнення соціально-економічних результатів на всіх рівнях управління.

2.2. Аналіз механізмів публічного управління у сфері забезпечення рівного доступу до медичних послуг сільського населення

На сьогодні у сфері охорони здоров'я є очевидною розбалансованість соціально-політичних, нормативно-правових, фінансово-економічних, організаційних, інформативно-комунікативних, освітніх, науково-методичних

механізмів публічного управління.

Механізми	Функції	Важелі державно-управлінського впливу
1	2	3
Соціальні-політичні	соціально-орієнтована	Визначені соціальні пріоритети держави у галузі охорони здоров'я. Реформа медичної галузі. <i>Соціальні методи управління</i>
Нормативно-правові	організаційно-стабілізуюча	Законодавчо-правові (закони, постанови, укази), нормативно-адміністративні (накази, розпорядження, статuti, стандарти, договори, ліцензування, сертифікація) інструменти регулювання. <i>Адміністративні методи управління</i>
Фінансово-економічні	фінансово-економічна	Моделі фінансування, норми та нормативи витрат на послуги (медичні, освітні тощо). Механізми розподілу безоплатної медичної допомоги гарантованого обсягу і якості допомоги (послуг). Система ПроЗогто. Інструменти (налогові, кредитування, податкові), цінові механізми. Програми фінансової підтримки <i>Економічні методи управління</i> (макроекономічне планування, державний бюджет, податки, гроші, ціни, заробітна плата)
Організаційні	організаційна	Організаційно-правові норми і нормативи, стандарти, правила. <i>Методи організаційного впливу, розпорядчі, дисциплінарного впливу</i>
Мотиваційні	мотиваційна	Формальні процедури і правила щодо реалізації функцій, виконання видів діяльності, інструменти і способи впливу на персонал для забезпечення досягнення управлінських цілей <i>Соціально-психологічні методи управління</i>
Інформативно-комунікативні	інформаційна	Комунікативні стратегії, інформаційні технології, інформаційні бази даних. Інтернет, засоби масової інформації, соціологічні, моніторингові та статистичні дослідження
Освітні	освітньо-наукова	Стратегії розвитку медичної освіти в Україні. Державні стандарти вищої освіти у галузі знань «Охорона здоров'я». Резидентура. Технології безперервного професійного розвитку лікарів.
Науково-методичні	освітньо-наукова	Наукові дослідження проблем управління галуззю охорони здоров'я. Науково-методичне і технологічне забезпечення упровадження медичної реформи і стратегії розвитку медичної освіти.

В таблиці наведено функції (соціально-орієнтована, організаційно-стабілізуюча, фінансово-економічна, мотиваційна, інформаційна, освітньо-

наукова) та важелі державно-управлінського впливу. Отже, розглянемо кожен наведений механізм.

Соціально-політичний механізм державного управління, виконує соціально-орієнтований підхід до визначення соціальних пріоритетів держави у галузі охорони здоров'я країни та її реформування. Сутність даного методу зводиться до структури певних і стійких зв'язків у рамках держави та прийнятого у суспільстві інституціональних соціальних норм, засобів контролю які накладають певні обмеження на зміст і характер соціальних дій і взаємодію людей.

У Національній стратегії реформування системи охорони здоров'я в Україні 2015-2020 [28] та Національній стратегії побудови нової системи охорони здоров'я в Україні на період 2015-2025 [29] зазначається, що соціально-політичний механізм публічного управління необхідно впроваджувати через нормативно-правові механізми управління, в ролі яких виступають закони, постанови, укази, накази, розпорядження, статuti, стандарти, договори, ліцензування, сертифікація, інструменти регулювання як організаційно-стабілізуючи.

Будь який нормативно-правовий акт має бути спрямований на задоволення потреб населення та сфери охорони здоров'я, як загалом, так і окремої людини, де головною проблемою стала якість медичної допомоги, якість і безпека медичної послуги, наближеність до неї громади. Окрім того, управління відносинами, які виникають щодо охорони здоров'я повинно мати чітко визначену взаємодію і відповідальність, наслідком чого стане ефективність охорони здоров'я України.

Досить важливою умовою ефективності дій у медичній галузі є належний фінансовий механізм державного управління, який виконує фінансово-економічну функцію, створює моделі фінансування, норми та нормативи витрат на послуги (медичні, освітні тощо); механізми розподілу безоплатної медичної допомоги гарантованого обсягу і якості допомоги (послуг), інструменти (кредитування, податкові), цінні механізми тощо. До економічних методів

управління сферою охорони здоров'я відноситься макроекономічне планування, державний бюджет, податки, гроші, ціни, заробітна плата тощо.

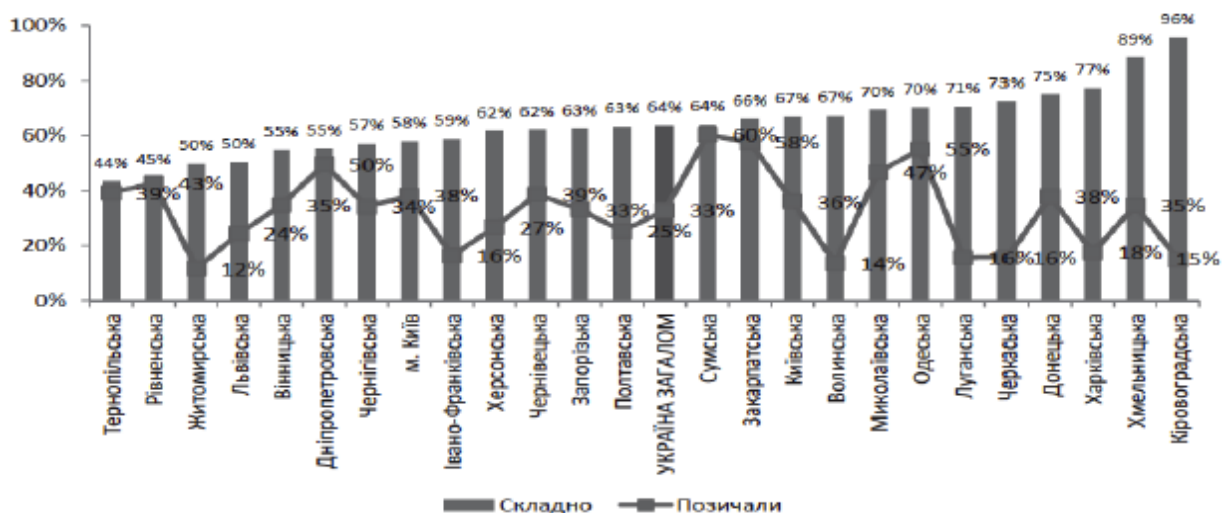
За показниками ВООЗ, найкраща ефективність системи охорони здоров'я визначається як фінансовий захист наявних ресурсів галузі по відношенню до медичної допомоги населенню. У країнах які розвиваються неефективність охорони здоров'я та втрата ресурсів може досягати до 20%-40% [30].

В нашій державі фінансово-економічний механізм перебуває на шляху змін. Першим кроком до них стало прийняття Закону України «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення» № 2168-VIII від 19.10.2017р. Зазначеному нормативно-правовому акті закріплюються 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 [30].

Даним законом змінюється модель фінансування тільки бюджетних установ. Хоча, на первинній ланці (сімейна медицина) при укладенні договорів з Національною службою здоров'я України і наявності відповідної кількості пацієнтів на одного лікаря (2000 чол.), приватні лікарні теж зможуть отримувати кошти за конкретного пацієнта. З цією метою сформовано єдиний тариф – 370 грн на людину із застосуванням вікових коефіцієнтів.

Вирішуючи питання з державним забезпеченням ліками населення країни (програма «Доступні ліки»), залишається неконтрольована система ціноутворення на медичні послуги, лікарські засоби, як наслідок – збільшення фінансового тягаря.

За результатами проведеного дослідження «Індекс здоров'я. Україна» 2016-2018 рр., серед респондентів 2018 р. – 19% хоча б один раз відмовився або відклав лікування через брак коштів, це на 1 % нижче ніж у 2016 – 2017 рр. Розподіл населення кому було важко покрити витрати на ліки наведено нижче.



Не зважаючи на збільшення оплати праці медичним працівникам на первинному рівні надання медичної допомоги, в цілому зростання середньої заробітної плати у сфері охорони здоров'я дуже низьке. Відсоток зарплати медичних працівників по відношенню до середньої зарплати у промисловості зріс з 46,7% у 2016 р., всього до 68,8 % у 2017 р.

Низька оплата праці лікарів, медичних сестер негативно впливає на їх соціальний захист (пенсійне забезпечення, соціальний захист на випадок професійних захворювань тощо) та й мотивацію до надання якісних послуг. У тому ж загальнонаціональному дослідженні «Індекс здоров'я. Україна» 2016-2018 рр. за результатами опитування, серед тих, хто звертався по медичну допомогу близько 10% неофіційно платили лікарю або іншому медичному персоналу для мотивування їх праці, але ж це не вплинуло на якість медичних послуг, оскільки задоволеними залишилось лише 4% [31].

Сучасна медична галузь нашої країни складається з чотирьох ланок: Міністерство охорони здоров'я, Національна служба здоров'я України, інститути соціального забезпечення (Фонд соціального страхування України, Пенсійний фонд України та управління праці і соціального захисту населення, Федерація профспілок України) та приватний сектор. Механізми державного управління необхідно розглядати з позиції стійкості та врівноваженості соціально-економічної системи, яка має безперервний стан розвитку, при цьому

знаходити інноваційні дії задля забезпечення справедливості, якості та ефективності медичних послуг.

На сьогодні до актуальних напрямків реформування в сфері охорони здоров'я відносяться:

- зміна механізмів організаційного впливу, професійних настанов, компетенцій суб'єктів управління [32, с.121];
- удосконалювання управлінських знань і практик на випередження щодо внутрішнього й зовнішнього середовища [33, с. 7];
- одержання кінцевого результату при опануванні механізмів державного управління, що буде супроводжуватись найменшими суспільними витратами й втратами [34];
- соціальну відповідальність за здоров'я населення [35, с.27];
- збільшення кількості аналітичних, інформаційних, прогностичних методів управління [36].

Робота медичного закладу, який виступає елементом як елемент кожної ланки сучасної медичної галузі України, у повній мірі відповідає правилам здійснення соціально-психологічних методів управління, до яких відноситься мотивація персоналу, що сприяє розкриттю та спрямуванню на кінцевий потенціал колективу.

Однією з причин неякісного надання медичних послуг можна назвати відсутність стимулів до високоефективної праці, застарілі механізми управління та недооцінка професійних кадрів.

На сучасному етапі розвитку охорони здоров'я країни створюється економічна мотивація медичних фахівців шляхом оплати їх праці залежно від обсягу наданої медичної допомоги (профілактика, діагностика та лікування конкретного випадку хвороби тощо). Проте, оцінка ефективності цих методів мотивації потребує дослідження якісних і кількісних показників, як взагалі по сфері охорони здоров'я так і в окремому закладі.

Трансформація сфери охорони здоров'я передбачає впровадження інституту вимірювання та оцінювання результатів діяльності інформативно-

комунікативних, освітніх та науково-методичних механізмів державного управління створюючи національну систему моніторингу якості медичної допомоги, визначення ефективності управлінських рішень та їх впливу на життєзабезпечення населення країни. Необхідність перегляду реалізованих механізмів в управлінні медичною галуззю обумовлена зміною соціальної ролі системи охорони здоров'я й кризою її результативності.

Зміни, що відбуваються з людиною в результаті одержання медичних послуг, розглядаються як засіб досягнення деяких життєвих цілей, оцінюються з позиції корисності. Різноманітність медичних послуг та їх якість повинні сприяти можливості вибору людиною індивідуальної медичної допомоги. Досягнення належної якості послуг на сьогодні вимагає управлінського втручання в розвиток вітчизняної системи охорони здоров'я. Варто зазначити, що, незважаючи на окремі позитивні результати, еволюційний рух освітньої системи відстає від сучасних потреб соціуму [37, с. 157].

На сьогодні рушійною силою до пошуку покращених механізмів участі суспільства у вирішенні низки проблем закладів охорони здоров'я стали об'єктивні значні фінансово-економічні зміни в країні та в медичній системі. Але видимість взаємодії зацікавлених груп і осіб тільки в економічній площині означає певне спрощення й перекручування цінності й змісту розвитку соціальних відносин і взаємодій в медичній галузі та в її управлінні. Завдання залучення широких соціальних груп в освітню сферу та розширення змісту соціальних відносин в охороні здоров'я розглядається переважно з наступних позицій.

По-перше, залучення до управління сферою охорони здоров'я – це принципова зміна парадигми управління розвитком. Не можна вирішувати проблеми розвитку галузі, вирішуючи тільки проблеми самої сфери. Необхідно навчитися формулювати результати медичних послуг населенню не тільки в контексті “знань, умінь, навичок”, але й у плані розвитку країни, регіону, території. Розвиток суспільних відносин і взаємодій в медичній сфері означає, головним чином, перехід до реальної практики управління, заснованого на

паритетних принципах партнерства з іншими суб'єктами [38, с. 15].

По-друге, найбільш приваблива для сфери охорони здоров'я, пов'язана з розширенням економічних можливостей для розвитку конкретної лікарні або медичного закладу. У цьому випадку “поза медичні” суб'єкти відносин і взаємодій розглядаються як інвестори, спонсори, меценати. Характер відносин із працею, що сьогодні має місце в українській медичній галузі, не дозволяє назвати такі відносини партнерськими, тому що вони реалізуються із серйозними порушеннями всіх принципів партнерства. Такі відносини, за великим рахунком, не можуть бути віднесені ні до комерційного партнерства (охорона здоров'я найчастіше тільки “споживає” ресурси партнера), ні до соціального, тому що процес договориювання й узгодження інтересів нерідко відсутній або носить однобічний характер. Проте зацікавленість медичної галузі в такому партнерстві все-таки змушує представників сфери охорони здоров'я входити в договірний процес, навчатися йому, надавати партнерству цивілізовані форми. Масштабні вкладення у медичну сферу забезпечуються передусім залученням до її фінансування бізнесу і промисловості [39, с.13].

В умовах сучасних змін системи України, охорона здоров'я повинна бути спрямована на трансформацію державно-управлінських функцій. Критерієм визначення успішності досягнення цієї цілі буде ефективність і якість надання медичної допомоги населенню. Тому, питання механізмів розвитку управління самостійності основними засобами виробництва лікувальних установ вимагає подальшого дослідження і розв'язання.

Це питання, пов'язані з відсутністю єдиного розуміння ефективного використання сучасної державної власності в медичній сфері, не системністю її оцінювання, відсутністю відповідних форм, моделей переходу до системи управління виробництвом медичних послуг.

Сьогодні згідно з Національною стратегією реформування системи охорони здоров'я в Україні на період 2015-2025 роки [40] та Концепцією розвитку системи громадського здоров'я [41], а також Концепцією реформи фінансування системи охорони здоров'я України [42], які є рамковими

документами та формують подальші кроки системи охорони здоров'я, зауважимо, що зважаючи на європейській вектор розвитку, майбутня медична система України має перейти на новий шлях управління самостійністю основними засобами виробництва лікувальних установ.

Отже, ми пропонуємо розглянути, в контексті роздержавлення та модернізації механізмів економічного впливу, такі види перетворення державної власності – приватизацію, автономізацію, підприємництво та створення державно-приватних партнерств – для подальшого пошуку найбільш ефективних шляхів оптимізації механізмів державного управління охороною здоров'я в країні.

Так, В. Галацан своєму дисертаційному дослідженні «Організаційно-економічний механізм управління охороною здоров'я» робить акцент на забезпеченні якісного медичного обслуговування на певній території населення, яке може вільно обирати той чи інший лікувальний заклад, наголошуючи, що це цілісна соціально-економічна система, що повинна містити певну частину приватного капіталу. При цьому економічна складова буде формувати умови для конкуренції між закладами охорони здоров'я різних форм власності. Разом з цим, він вважає що існуюча територія обслуговування є цілісною соціальною системою, де основоположним механізмом державного управління є організаційно-економічний [38, с. 19-22].

Це, свідчить що, територіальна громада або органи місцевого самоврядування будуть відігравати відповідну роль у процесі управління охороною здоров'я на місцевому рівні, контролювати відповідну якість медичних послуг які надаються населенню. Втім, треба зазначити, повноваження у місті та сільській місцевості дуже відрізняються між собою, як за обсягом медичних послуг так і за їх глибиною.

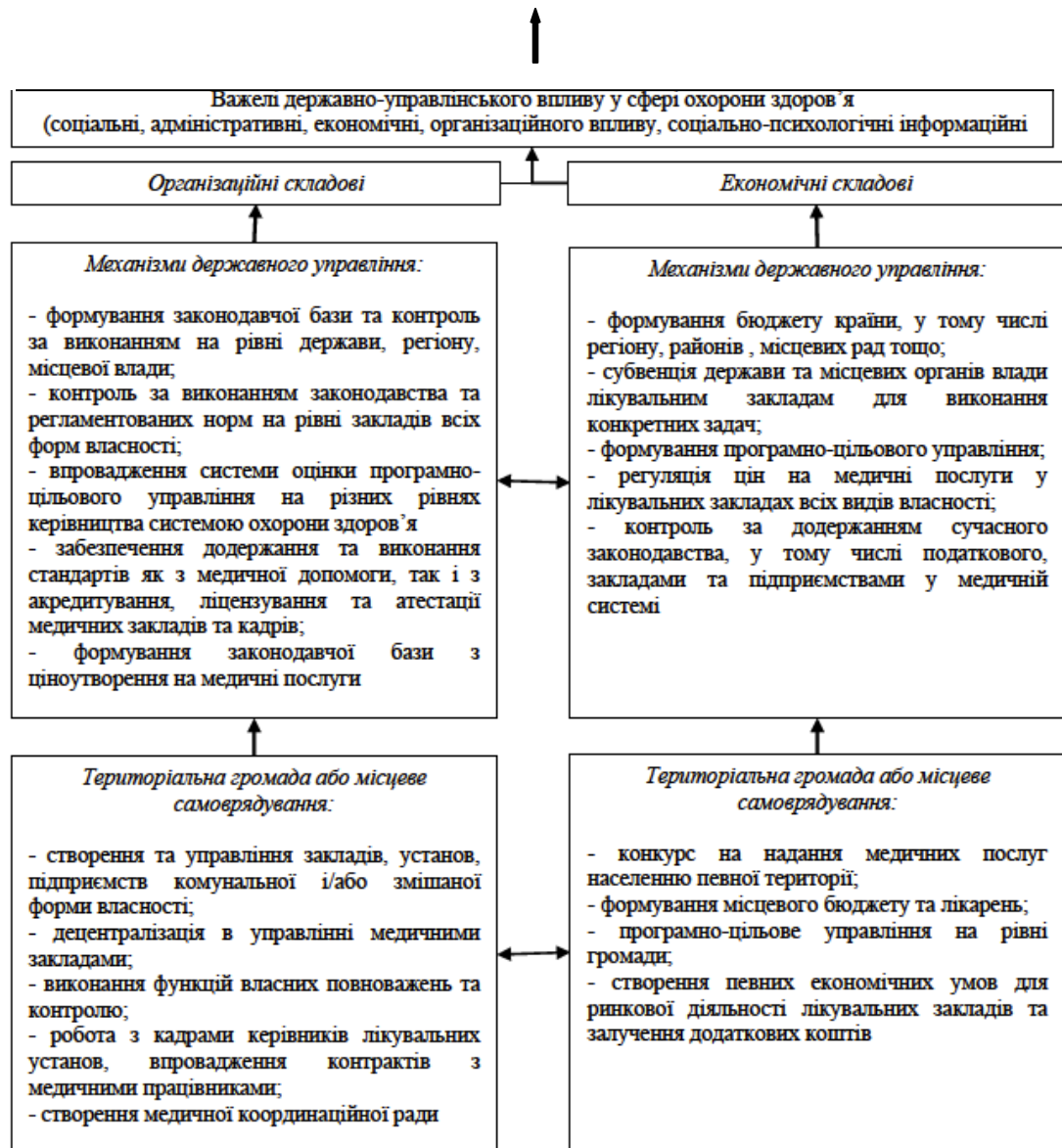
Н. Нагайчук зазначає, що об'єднання різних за формою власності медичних закладів, на тлі добровільного медичного страхування, дає можливість не тільки отримати якісну медичну допомогу громадянам, але й компенсацію втрат доходів у зв'язку з хворобою чи стійкою непрацездатністю

та/ або необхідністю постійного догляду і підтримки здоров'я на певному рівні. Але автор справедливо стверджує, що сьогодні це не на неналежному рівні, а з-поміж проблем найголовнішою є відсутність науково обґрунтованої концепції реформування охорони здоров'я [39, с. 11].

Ми поділяємо думку О. Берданова, який у своїй монографії «Розвиток партнерства між місцевою владою та недержавним сектором у сфері надання громадських послуг» визначила концептуальні підходи до організаційно-економічного механізму державного управління, акцентуючи увагу на тому, децентралізації та реформи місцевого самоврядування та їх тісна співпраця у соціально-важливих галузях, у тому числі охороні здоров'я, має бути сконцентровано на започаткуванні ефективної моделі управління та участі громадян у процесах ухвалення рішень як обов'язкової складової сталого розвитку держави та демократизації суспільства [43, с. 37-40].

Систематизуючи ці підходи [38, с. 10; 39, с. 15; 43, с. 38], до модернізації механізмів економічного впливу, ми спробували сформувати певну схему підходів до важелів державно-управлінського впливу на систему механізмів державного управління у сфері охорони здоров'я, розглядаючи їх як певні складові системних змін.

СФЕРА ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ



Як було зазначено вище, до основних напрямів та шляхів системних змін у медичній галузі ми відносимо: перехід від адміністративно-командної (централізованої планово-розподільної) до ринкової соціально-адаптованої економічної моделі; забезпечення рівного доступу громадян до якісних медичних послуг, особливо в сільській місцевості; підвищення структурної ефективності системи охорони здоров'я за рахунок побудови інноваційно-інвестиційної моделі розвитку установ охорони здоров'я на тлі державно-приватного партнерства; формування ефективних механізмів виробничих відносин у структурі державного управління галуззю, а саме модернізацію механізмів управлінських процесів для розвинення концесійної співпраці в

системі громадського здоров'я і роздержавлення в охороні здоров'я, яке означає, з одного боку, перехід від командно-адміністративних до економічно-управлінських методів керівництва, а з іншого – зміну форм та змісту відносин власності.

Це актуалізує питання щодо пошуку певних моделей та механізмів державного управління основними засобами виробництва лікувальних установ, створення нової мережі медичних закладів різної форми власності.

РОЗДІЛ 3

ПРОБЛЕМИ ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ РІВНОГО ДОСТУПУ ДО МЕДИЧНИХ ПОСЛУГ СІЛЬСЬКОГО НАСЕЛЕННЯ ТА ШЛЯХИ ЇХ ПОДОЛАННЯ

3.1. Напрямки вдосконалення державного забезпечення рівноправності у доступі до медичних послуг сільського населення

Із врахуванням здійснення реформування системи охорони здоров'я, для нашої держави подолання нерівності у сфері медичного обслуговування міських і сільських жителів є досить актуальним питанням. 14 листопада 2017 року парламент України ухвалив Закон України “Про підвищення доступності та якості медичного обслуговування у сільській місцевості”. Даний нормативно-правовий акт був спрямований на вирішення проблеми щодо критичного стану первинної медичної допомоги у сільській місцевості, на яку протягом багатьох років зверталась увага, але концептуальні шляхи її вирішення так й не були реалізовані. Зазначеним вище законом було практично закладено підґрунтя для реформи медицини в сільській місцевості. Медичні послуги мають бути якісними та доступними для мешканців сіл, яких в Україні більше ніж 13,1 млн, а в окремих областях вони становлять понад 60 %.

Охорона здоров'я жителів села є складовою всієї системи охорони здоров'я країни. З врахуванням цього, основоположні засади, властиві охороні здоров'я України, характерні й для медицини в селах. Загальним підходом до державно-правового забезпечення надання медичних послуг сільському населенню є дотримання принципу рівності прав людини, що закріплено в нашій державі на конституційному, законодавчому та підзаконному рівнях. Але збереження в умовах розвитку ринкових відносин в Україні майже в тому самому стані успадкованої з радянського періоду системи охорони здоров'я з самого початку призвело б до кризи в медичній галузі. Зупинення у незмінному стані радянських державно-управлінських механізмів у медичній галузі в умовах проголошення безоплатної медичної допомоги та однаково низька

заробітна плата медичних працівників тоді, коли в державі набирали обертів ринкові відносини та підприємництво, провокували додаткові мотиви для корупції й хабарництва лікарів і керівників медичних закладів.

Тимчасові програми не отримували належного фінансового забезпечення та як результат й не досягли поставленої мети – забезпечення громадян України доступною і якісною медичною допомогою. Негативні наслідки, які спостерігались у сфері охорони здоров'я вимагали загальномаштабних реформ всієї системи та запровадження нових організаційно-правових управлінських механізмів.

Концепція реформування системи охорони здоров'я була розроблена ще в червні 1998 р., але її прийняття не було сприйнято суспільством та не набула схвалення майбутня модель охорони здоров'я. Свідченням цього стало обговорення в січні на сесії Верховної Ради України у 1999 році проекту закону України про загальнообов'язкове державне медичне страхування, який було подано народним депутатом Є. Марчуком від Комітету з питань охорони здоров'я, материнства та дитинства [44]. Експерти зауважували, що впровадження запропонованої редакції закону, поруч з невирішеними завданнями щодо створення інвестиційної інфраструктури державних соціальних коштів, спричинило загрозу фінансовій спроможності та стійкості соціальної системи України та могло призвести до серйозних фінансових зловживань.

Наступний етап реформування системи державного управління в сфері охорони здоров'я датується 2005 роком, коли Україна отримала статус країни з ринковою економікою. Але ж економічна та фінансова криза, яка настигла із 2007 р., не дозволила завершити успішні починання державної влади в Україні, наслідком чого стало те, що медичні заклади все більше зазнавали кризи і були поставлені на межу виживання. Єдиним напрямком у реформуванні охорони здоров'я, який було здійснено протягом 2006-2010 рр., був розвиток первинної медико-санітарної допомоги на засадах сімейної медицини [45]. Але ж на практиці створення інституту сімейних лікарів загальної практики призвело

лише до об'єднання функцій дільничних лікарів та дільничних педіатрів, що в свою чергу лише погіршило медичне обслуговування, оскільки в чергах на прийом до сімейного лікаря поліклініки доводилось чекати матерям із малолітніми дітьми разом із важко хворими літніми людьми, що створювало загрозу для додаткового інфікування дітей.

Також постійне збільшення вартості медичного обслуговування обумовлювало труднощі із державним забезпеченням рівного доступу всіх членів суспільства до безоплатної кваліфікованої медичної допомоги. Для зменшення навантаження на державний бюджет, в нормативно-правових актах було збільшено кількість джерел надходжень на утримання системи охорони здоров'я, зокрема, було додано платні послуги, благодійництво, спонсорство, меценатство та кошти місцевих бюджетів.

Через низький рівень ефективності функціонування закладів охорони здоров'я державної та комунальної форми власності виникло питання необхідності оптимізації мережі первинної медико-санітарної допомоги. Так, влітку 2011 р. Міністерством охорони здоров'я України було розроблено Методичні рекомендації з прогнозування потреби закладів охорони здоров'я України у медичних кадрах на довгострокову перспективу. Мережа фельдшерсько-акушерських пунктів (далі – ФАП) та фельдшерських пунктів (далі – ФП) об'єднувалась Центром медико-санітарної допомоги (далі – ЦМСД) зі статусом юридичної особи, який (як правило) охоплював обслуговування сільського населення однієї адміністративно-територіальної одиниці [46].

7 липня 2011 р. в Україні прийнято закон про реалізацію у Вінницькій, Дніпропетровській, Донецькій областях та місті Києві пілотного проекту, яким було започатковано формування нової моделі системи охорони здоров'я, запровадження нових організаційно-правових та фінансово-економічних механізмів, необхідних для підвищення ефективності та доступності медичного обслуговування населення. Було обумовлено, у випадку позитивних результатів зазначеної реформи, досвід буде використаний на території всієї України. Але й на цей раз реформування системи охорони здоров'я знову зіштовхнулось із

труднощами впровадження. Заступник головного лікаря Вінницької центральної районної клінічної лікарні В. Щербань, проаналізувавши дію запроваджених державно-управлінських механізмів, зауважував на тому, що за допомогою реформи було запроваджено систему подвійного адміністрування окремих структурних підрозділів на одній адміністративній території, яка проявила себе як неефективна та забюрократизована [47]. Державна політика оптимізації системи охорони здоров'я у 2012 – 2014 роках зводилась до масового закриття медичних закладів та скорочення кількості їх працівників, наслідком чого стало погіршення доступу сільських жителів до медичних послуг та обмеження їх конституційного права на охорону здоров'я.

Враховуючи ситуацію в країні, яка склалась після заворушень на майдані, у лютому 2014 р. парламентом нашої держави було прийнято Закон України “Про введення мораторію на ліквідацію та реорганізацію закладів охорони здоров'я” [48]. Але прийняття зазначеного нормативно-правового акту щодо заборони ліквідації та реорганізації закладів охорони здоров'я поставило під загрозу подальше реформування державного управління в галузі охорони здоров'я та в подальшому унеможливило формування оптимальної мережі закладів охорони здоров'я державної та комунальної форм власності та ефективне використання наявних ресурсів галузі. Окрім того, ситуація на Сході України, вирішення якої потребувала додаткових бюджетних коштів, які призначались на озброєння та матеріальне забезпечення Збройних сил України вимагали скорочення бюджетних видатків на цивільне населення. Це спричинило скасування наприкінці 2014 р. Закону України “Про введення мораторію на ліквідацію та реорганізацію закладів охорони здоров'я” [49].

Наступним поштовхом для проведення реформ та поетапного запровадження нових механізмів державного управління в сфері охорони здоров'я України стало підписання та ратифікація нашим парламентом Угоди про асоціацію між Україною та Європейським Союзом. У затвердженому Кабінетом Міністрів України Плані заходів з імплементації згаданої угоди на 2014 – 2017 рр. поставлено завдання Міністерству охорони здоров'я України і

Міністерству економічного розвитку та фінансів розробити спільно концепцію та стратегію реформування системи охорони здоров'я України, а також виробити необхідні державно-управлінські механізми для залучення експертної та фінансової допомоги ЄС [50].

Міністерство охорони здоров'я України у 2016 році відповідно до плану на початку 2016 року запропонувало проект “Концепції реформи фінансування системи охорони здоров'я України”, при формуванні якої було використано кращий сучасний світовий досвід щодо реформування систем охорони здоров'я, який було підтримано ВООЗ, Генеральним директором Європейської Комісії “Охорона здоров'я та споживча політика” та іншими міжнародними організаціями, які займаються проблемами ефективності систем охорони здоров'я в усьому світі.

Зазначена концепція передбачала здійснення реформування за такими напрямками:

1) оптимізація медичної інфраструктури шляхом закриття або перепрофілювання закладів із низькою завантаженістю і слабкою технічною базою та створення укрупнених лікарень інтенсивного лікування;

2) перерозподіл ресурсів шляхом запровадження нового механізму фінансування медичних послуг:

– запровадження системи спів оплати, коли держава бере чітке зобов'язання надавати попередньо визначений безоплатний обсяг медичних послуг, а додаткові послуги громадяни мають сплатити приватно;

– поступовий перехід до оплати медичним закладам кінцевого результату реально наданих медичних послуг за принципом “гроші йдуть за пацієнтом”;

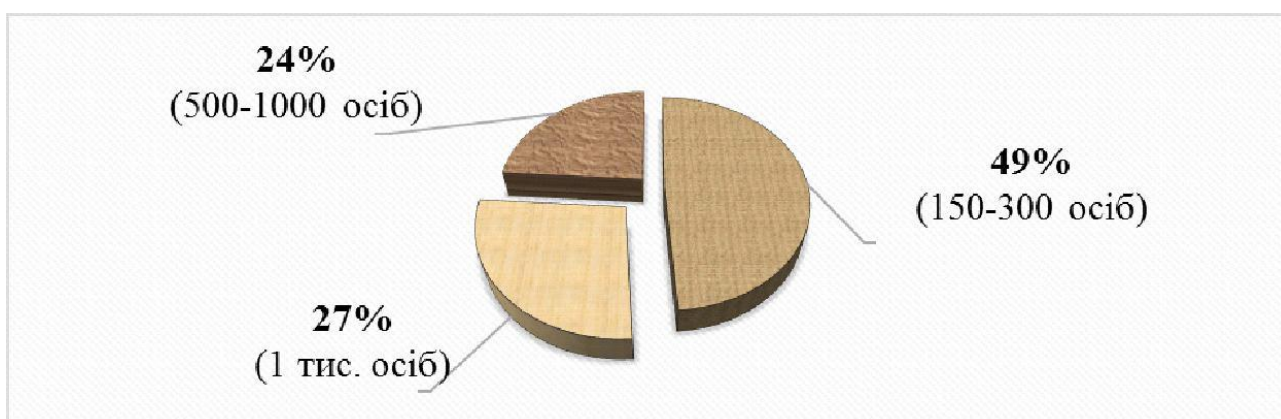
– надання медичним бюджетним закладам фінансової та управлінської автономії шляхом перетворення їх на державні та комунальні некомерційні підприємства;

3) перехід від командно-адміністративних методів до державно-громадської моделі управління [51].

Практична реалізація реформування інфраструктури системи охорони

здоров'я в Україні найперше вимагає оптимізації і скорочення мережі ФАП. Зазначимо, що діючи у сільській місцевості ФАПи на сьогодні не відповідають належним стандартам державного планування організації сільських лікарських дільниць, які формуються із врахуванням чисельності населення, оскільки чисельність сільських жителів постійно зменшується.

Державна служба статистики України зазначає, що кількість сільських жителів у 2015 р. порівняно з 2013 р. зменшилась на 1 млн осіб [52]. В Україні налічується 1626 ФАПів, які обслуговують сільське населення від 500 до 1000 осіб. Від 150 до 300 пацієнтів обслуговує 3327 закладів. Найбільше таких ФАПів у Хмельницькій, Житомирській, Полтавській областях. 1846 закладів надають допомогу понад 1000 осіб (найбільше таких ФАПів в Одеській, Рівненській областях).



А із 800 ФАПів Волинської області 31 фельдшер обслуговує села із населенням менше 100 жителів і 6 – менше 60 жителів [53].

Упродовж 25 років дуже застаріли й приміщення, де розташовані фельдшерські та фельдшерсько-акушерські пункти, й медичне обладнання. Лише окремі заклади та підрозділи первинної медико-санітарної допомоги оснащені відповідно до затверджених 2012 р. табелів, але й це не відповідає сучасним інноваційним підходам.

О. Ромашкіна зауважує, що лише кожен п'ятий фельдшерсько-акушерський пункт та кожна десята сільська амбулаторія оснащені частково [54]. З однієї сторони, утримання за рахунок бюджетних коштів медперсоналу

ФАП у кожному селі, насамперед у занедбаних селах, в яких кількість жителів становить 100 – 300 осіб, є нерентабельним та існує економічна доцільність закриття таких пунктів. З іншої сторони – це позбавить пенсіонерів будь-якої медичної опіки, оскільки вони потребують оперативної медичної допомоги, а з врахуванням бездоріжжя, відсутності транспорту, досить часто й телефонного зв'язку, недостатніх фінансів унеможливить звернення такої категорії населення за медичною допомогою до найближчих центрів охорони здоров'я.

Найбільший суспільний супротив спричинили реформи щодо вторинної та третинної ланки медичної допомоги, що призвело до закриття у багатьох невеликих містах центральних районних лікарень (далі – ЦРЛ). Дані рішення обумовлені їх недостатньою завантаженістю та нерентабельністю. До прикладу, в одній із районних лікарень Полтавської області приймають 89 пологів на рік, тоді як за стандартами ВООЗ, щоб лікар був висококваліфікованим спеціалістом і був спроможний забезпечити якість своїх послуг, він повинен приймати не менше 400 пологів на рік. Цілком логічно, що, перейшовши на оплату за послугу, ці заклади не зможуть набрати достатньо пацієнтів, щоб утримувати себе й платити достойну зарплату лікарям.

З метою оптимізації системи охорони здоров'я в Україні в рамках медичної реформи створюються госпітальні округи, завдяки яким здійснюється співробітництво громад, задля ухвалення рішень щодо закладів вторинної медичної допомоги серед міст обласного значення, районів та об'єднаної територіальної громади (далі – ОТГ).

Кабінетом Міністрів України була рекомендована методика розрахунків щодо формування госпітальних округів прописує лише загальні принципи визначення лікарні інтенсивного лікування (далі – ЛІЛ): з врахуванням чисельності населення майже 1 млн 200 тис. осіб, а також з врахуванням відстані не більше 60 км від населених пунктів та розрахунку на одну годину доїзду транспортом. Реалізація зазначеного принципу під час організації госпітальних округів спричинила хаос та спровокувала дискримінацію сільського населення. Наприклад, за розрахунками обласного управління

охорони здоров'я на території Черкаської області, відповідно до чисельності населення має бути 5 – 6 госпітальних округів. Але під час їх організації Міністерством охорони здоров'я, беручі до уваги демографічну ситуацію (населення старіє, молодь виїжджає), а отже, й невтішну перспективу, рекомендовано було створити 4 округи, аби не перекроювати їх через 5 – 10 років.

Зазначена ситуація спричинила тривалі дебати у Черкаській області, які закінчились створенням 4 округів. Водночас у Львівській області було створено 10 госпітальних округів, у Вінницькій та Харківській – лише по 3 округи. Негативним прикладом порушення принципу рівності сільської категорії населення у доступі до медичної допомоги стала Чернігівська область, у якій тільки один округ складає більше 200 тис. осіб, а решта всі є меншими. Оскільки в обласному центрі проживає біля 500 тис. чол., прийнято рішення щодо створення двох ЛЛЛ, а інші два госпітальні округи не мають жодної такої лікарні [55].

Для здійснення управління госпітальними округами, створюються госпітальні ради, які не мають статусу юридичної особи, але є дорадчим органом, призначеним для визначення проблемних питань, координації дій, розробки пропозицій та рекомендацій щодо реалізації на рівні госпітального округу державної політики у сфері охорони здоров'я, а також щодо організації та фінансування медичної допомоги в госпітальному окрузі [56].

Госпітальні ради не є автономними у прийнятті рішень, вони набувають чинності лише у разі затвердження місцевими радами. Реформуванням вторинної та третинної ланки медичної допомоги, створенням госпітальних округів і укрупненням лікарняних закладів шляхом централізації, призвело до зменшення доступності до спеціалізованої медичної допомоги для жителів села, насамперед тих осіб, що проживають у віддалених регіонах. Прописані стандартні нормативи (200 тис. населення, відстань 60 км, час доїзду – до 1 години) є умовним математичним розрахунком, при визначенні якого не враховано особливості нерівномірного розподілу густоти населення в областях.

До прикладу, на Чернігівщині (як і в інших областях) в одному госпітальному окрузі проживає 459 тис. осіб, в іншому – лише 164 тис., і тільки в одному – 238 тис. (майже, як прописано у відповідній постанові). Навіть тоді, коли, на перший погляд, збережено основний принцип відстані до багатoproфільної лікарні у 60 км, мається на увазі відстань до районного центру. Але не завжди відстань стає вирішальним фактором, оскільки інколи вона вимірюється у 20 і більше кілометрів, але відсутність транспортної інфраструктури та незадовільний стан доріг унеможливають доступність та вчасність надання медичної допомоги мешканцям таких населених пунктів.

Така відстань до госпітальних округів порушує принцип рівних прав людей, які проживають у невеликих віддалених селах, але ж вони в тій самій мірі наділені конституційним правом на медичну допомогу, на доступне лікування якнайближче до місця проживання. Зазначена обставина негативно впливатиме й на демографічний стан – малі села й надалі будуть вимирати та зникати із мапи нашої держави.

До того ж, запровадження платних послуг у вторинній і третинній ланці медичної допомоги і відповідна комерціалізація спеціалізованих медичних закладів зробить їх ще більш недоступними для сільських жителів, основна частина яких належить до малозабезпечених категорій населення. Зазначене положення порушує конституційні норми щодо безплатності і доступності медицини для всіх громадян України, незалежно від місця проживання.

Подібний досвід закриття сільських лікарень був й в інших країнах, так у США у 1998 – 2000 рр. причиною закриття стала нерентабельність сільських лікарень порівняно з міськими. Але наслідком такого рішення стала руйнація і без того слабкої інфраструктури віддалених регіонів [57]. Задля подолання кризи сільської медицини було відкрито у 2002 р. 604-х т. зв. “сільських лікарень критичного доступу”, де було відкрито реанімаційні відділи на 5 – 10 ліжок. Віднесення до цієї категорії медичних закладів передбачало збільшення рівня державного відшкодування медичних витрат невеликим сільським лікарням, які не спроможні були функціонувати в конкурентних ринкових

умовах і опинились під загрозою закриття.

Вважаємо, що для нашої держави Україні доцільно було б використати досвід Канади, яка вирішила проблему оптимізації і переформатування сільських медичних закладів шляхом відкриття на базі нерентабельних лікарень паліативних закладів, утримування яких покладено на територіальні громади. Звернемо увагу, що такі паліативні заклади для догляду за сільськими жителями похилого віку не потребують додаткового технічного оснащення і можуть бути відкриті на базі тих лікарень, які підпадають під закриття. А оснащення у закладах засобів телемедицини створили б у мови для успішного лікування.

Іншим напрямком проблема перепрофілювання ЦРЛ може бути вирішена шляхом створення мережі закладів відновного лікування (реабілітаційних центрів). Для сільського населення, яке тісно пов'язане із аграрним сектором і відповідно з великими фізичними навантаженнями, важливо, щоб у таких закладах, окрім терапевтів і невропатологів, були спеціалісти з лікування опорно-рухового апарату (масаж, бальнеологія, парафінотерапія тощо). Позитивний досвід утримування об'єднаними територіальними громадами таких закладів є у Латвії.

Розвиток мережі паліативних і реабілітаційних закладів у районних центрах вирішить проблему самотніх людей, які залишились без догляду рідних і потребують медичного догляду. Водночас це вирішить кадрову проблему і зніме соціальну напругу серед лікарів, які опинились перед загрозою втрати робочого місця, додатково вирішить проблему створення робочих місць у менш розвинутих регіонах.

Одночасно з створенням госпітальних округів і лікарень інтенсивного лікування є потреба у завершенні реформи екстреної медичної допомоги. Аби центри служби працювали повноцінно і за відносно короткий проміжок часу могли доставити пацієнта, який потребує екстреної медичної допомоги до ЛЛЛ, необхідно, забезпечити наявність в кожному районному центрі диспетчерських пунктів. В іншому випадку машина швидкої допомоги буде їхати до віддаленого населеного пункту від ЛЛЛ у дві сторони (60+60). Щоб за короткий проміжок

часу доставити пацієнта до ЛІЛ – швидким потрібно управляти з єдиного центру, служба має бути дуже мобільною, забезпеченою машинами високої прохідності.

Отже, задля вирішення окреслених вище проблем необхідно застосовувати комплексний підхід, шляхом концептуального забезпечення механізмів державного управління в умовах децентралізації та формування ефективних та результативних механізмів взаємодії органів державної влади в сфері охорони здоров'я з територіальними громадами, а також посиленням міжсекторного та міжгалузевого партнерства.

3.2. Зарубіжний досвід державного забезпечення рівного доступу до медичних послуг сільського населення у процесі реформування системи охорони здоров'я

Для нашої країни й досі залишається актуальним питанням реформування медичної галузі України в межах якого вивчення зарубіжного досвіду в сфері організації сільської медицини набуває не аби якого значення.

На відміну від пострадянських науковців, які переважно всю увагу приділяють лише управлінським механізмам реалізації державної політики у сфері охорони здоров'я, зарубіжні дослідники зосереджуються на вивченні проблем, які повинні вирішити уповноважені органи влади у цій сфері, а також на формуванні завдань та інноваційних підходів. Досить відомими центрами моніторингу потреб сільської медицини стали відповідні науково-дослідні інститути: Центр досліджень охорони здоров'я сільських та північних регіонів Канади, Агентство сільських районів Великобританії, Інститут сільського здоров'я Австралії. Інститут сільського здоров'я Нової Зеландії. Вони покликані визначити медичні потреби в сільській місцевості та розробити й науково обґрунтувати відповідні політичні рішення з метою задоволення цих потреб.

Відмінність між містом і селом у сфері медичних послуг, на думку

багатьох науковців, пов'язана із зосередженням фінансування на територіях з більшою кількістю населення. С. Брант, М. Гарріс, Е. Окек, Дж. Розенфелд наводять дані, що у 90-х рр. ХХ ст. у Китаї лише 20% державних витрат на охорону здоров'я були спрямовані на сільську систему охорони здоров'я, яка обслуговувала 70% всього населення країни [58]. В одному з розділів роботи ми вже згадували, що навіть у такій високорозвиненій країні, як Сполучені Штати Америки через скорочення фінансування сільської медицини упродовж 1990-2000 років було закрито 228 сільських лікарень, що призвело до зменшення 8 288 ліжок. Наша державна політика оптимізації інфраструктури сільських медичних закладів, яка на сьогодні є основою реформування медичної галузі України, що призводить до закриття багатьох фельдшерсько-акушерських пунктів, не сприймається більшістю країн. М. Вейн, В. Чач, Л. Сандерса і Р. Понга вважають, що державна політика скорочення, закриття та централізації медичних закладів у процесі реформування системи охорони здоров'я у сільській місцевості справляють негативний вплив на економіку сільських громад. Лікарні є роботодавцями, але вони також генерують інші допоміжні господарські структури, так їх закриття мало б наслідком скорочення зайнятості населення через закриття низки робочих місць.

Сьогодні найбільш успішною моделлю публічного управління в сфері сільської медицини є запроваджена у 1996 р. в Австралії. Австралійська система охорони здоров'я поєднує як приватний так й державний сектори. Так первинна ланка включає амбулаторії як комунальної, так і державної власності, стоматологічні заклади, аптеки, які переважно є приватними. У вторинній ланці 65% лікарень належать до державної власності і 35% до приватної. В загальному 70% потреб на медичну сферу фінансуються за рахунок державного бюджету через універсальне медичне страхування Medicare, яким забезпечуються всі громадяни Австралії, і яке діє як у державних, так і у приватних медичних закладах. Головна відмінність між різними формами власності медичних закладів полягає у тому, що у державних лікарнях Medicare повністю покриває всі витрати на медичні послуги, а у приватних – на 75%.

Повністю державним страховим полісом покривається візит до сімейного лікаря, а у випадку консультації конкретного лікаря-спеціаліста – 85%. Оскільки вартість послуги у приватних лікарнях є ринковою і може значно перевищувати вартість послуг у державних лікарнях, урядом встановлена стандартизована ціна на медичну послугу – Medical Schedule Fee, MSF). Якщо ж надана у приватній клініці медична допомога перевищує визначену стандартну ціну, пацієнт доплачує різницю з власної кишені.

Подібний підхід використовується й при купівлі медикаментів: більшу частину ціни покриває Medicare, решту – сплачує пацієнт. Також покривати решту витрат, які не покриває державна страховка, громадяни Австралії можуть сплачувати через страхові поліси у приватних компаніях. Але страхові поліси, щорічна вартість яких коливається від 1,5 до 8 тис. австралійських доларів, купляють переважно міські жителі [59]. В Австралійській моделі охорони здоров'я оплата Medicare не розповсюджується на більшість стоматологічних послуг, купівлю окулярів та послуг із догляду за хворими вдома. Державний страховий поліс також не діє на послуги швидкої допомоги, оскільки компенсація витрат при незвичайних ситуаціях здійснюється іншими страховими фондами.

Говорячи про державне забезпечення сільської медицини, австралійські науковці розробили програму сталого розвитку сільського здоров'я “Національні рамки ефективності” [60], для належної реалізації якої у п'яти регіонах Австралії в регіональних органах влади створені департаменти з питань сільського здоров'я (University Departments of Rural Health). Питання щодо збільшення фінансування сільської медицини вирішено шляхом перерозподілу ресурсів, в основі якого полягає “сільський індекс”. Цей науково обґрунтований показник враховує всі проблеми віддалених регіонів та додається під час формування бюджетів на охорону здоров'я до статей на сільську медицину.

Для кращої організації й координації процесів медичної допомоги на всій території Австралії функціонує понад 130 Мереж локальних лікарень, які

об'єднують маленькі місцеві лікарні. Пацієнт має можливість отримати допомогу в будь-якому закладі і не потребує спеціальних направлень. Важливо відмітити, що ще одним позитивом програми стала співпраця міністерства охорони здоров'я з навчальними медичними закладами, які розпочали здійснювати підготовку спеціалістів із сільської медицини за спеціальними програмами та курсами.

У США фінансування сільської медицини здійснюється шляхом проектного менеджменту, який забезпечується відповідною агенцією Міністерства охорони здоров'я та соціальних послуг США – Управлінням медичних ресурсів та послуг (англ.: Health Resources and Services Administration, HRSA), головним призначенням якого стало забезпечення лідерства та фінансова підтримка суб'єктів надання медичних послуг у віддалених сільських пунктах, які не є застрахованими [59]. Важливим напрямом роботи HRSA є фінансова підтримка проектів щодо вдосконалення ефективності роботи сільських лікарень, особлива увага приділяється малим лікарням, які містять менш ніж 200 ліжок. Програмами оздоровчого центру HRSA підтримуються медичні послуги для незастрахованих осіб через загальнонаціональну мережу клінік та мобільних медичних фургонів. Бюджет агентства, який у 2015 р. склав 10 млрд дол. США, фінансував майже 1400 грантоотримувачів і був спрямований на забезпечення медичної допомоги 23 млн осіб. Переважна частина коштів спрямована на підтримку 10400 малих клінік та мобільних медичних фургонів, які за графіком відвідують малонаселені пункти.

У високорозвинених країнах основна ставка у сфері охорони здоров'я в сільській місцевості робиться на сімейних лікарів – лікарів загальної практики, які орієнтуються у різних захворюваннях від терапевтичних до гінекологічних, і навіть можуть прийняти пологи. Швидка допомога використовується у крайніх випадках екстрених випадках: важкі травми, інфаркт міокарда, інсульт тощо. При тому робота лікарів у каретах швидкої допомоги вважається неефективною, тому вони не надають невідкладну допомогу вдома, а працюють у відповідних кабінетах, куди пацієнта доставляють приватно. При проведенні

реформ в системі охорони здоров'я у багатьох країнах відбулося скорочення кількості вузькоспеціалізованих спеціалістів, які займаються пацієнтами, що мають важку патологію, яка вимагає особливих знань та умінь.

Також скорочено строк перебування пацієнта у лікарні чи госпіталі. Оскільки день госпіталізації коштує дуже дорого, пацієнта виписують зі стаціонару, одразу як він пройде все необхідне лікування. Така організація роботи медичної галузі дозволяє із ефективністю витратити гроші на підготовку кадрів.

Деяко відмінною є канадська модель охорони сільського здоров'я, яка побудована на засадах міжсекторального партнерства міністерства охорони здоров'я з провінціями, територіями та муніципалітетами.

З 2001 р. у Канаді діє Консультативна рада міністрів з питань сільського здоров'я, яку створено з метою надання консультації федеральному міністру охорони здоров'я. Під керівництвом Департаменту сільського здоров'я створено мережу Центрів сільського здоров'я, які засновувались у регіональних громадах із населенням від 20 тис. до 60 000 тис. осіб. Тільки у одному штаті Квебек діють 150 місцевих Центрів громадських послуг.

На своїй нараді в жовтні 2001 р. Консультативною радою міністрів з питань сільського здоров'я було окреслено 4 пріоритетні напрямки державної політики Канади:

- 1) здорові сільської громади;
- 2) здоров'я через інформаційні технології;
- 3) охорона здоров'я людських ресурсів;
- 4) здоров'я аборигенів.

Відповідно до перерахованих стратегічних напрямків при Консультативній раді міністрів з питань сільського здоров'я створено чотири робочі групи, які у процесі своєї роботи визначили сім стратегічних напрямків для вирішення проблем медичного обслуговування сільського населення:

- 1) зміцнення потенціалу місцевих громад, які б самі були здатні визначити проблеми здоров'я, встановити пріоритети, розробити стратегії та вжити

відповідних заходів;

2) створення мережі “Сільських інноваційних центрів здоров’я”, інфраструктура яких повинна інтегруватись в існуючі провінційні та територіальні структури;

3) запровадження системи міжсекторальної та міжгалузевої співпраці для вирішення складних факторів і умов, що впливають на стан здоров’я сільського населення;

4) поглиблення досліджень проблем сільського здоров’я, особливо санітарних досліджень, завдяки яким можна контролювати відповідну сільську політику в галузі охорони здоров’я і можна оцінити ефективність фінансування програм охорони здоров’я та послуг;

5) використання інформаційних та комунікаційних технологій з метою обміну інформацією та використання найкращих лікарських практик;

6) забезпечення сільських, віддалених і північних регіонів висококваліфікованими спеціалістами, які є орієнтованими на територіальну громаду;

7) державне забезпечення належних умов праці постачальникам медичних послуг у сільській місцевості;

8) державна підтримка аборигенів у співпраці з провінційними та територіальними урядами.

Останнім часом спостерігається тенденція залучення до управління в сфері охорони здоров’я громадського сектора, зокрема різного роду недержавних організацій.

Міжсекторальне співробітництво в Канаді спрямоване на посилення міжгалузевої комплексної відповідальності за покращення медичного обслуговування, зокрема шляхом ефективного використання обмежених ресурсів та зменшення дублювання й прогалин у наданні медичних послуг сільському населенню. З цією метою були більш чіткіше розмежовані компетенції між федеральним урядом та провінціями.

Відповідна реформа щодо поліпшення громадського здоров’я в сільській

місцевості була започаткована 2008 р. і у Китаї. На засадах міжсекторального партнерства між сільськими громадами та органами державної влади реформована і система охорони здоров'я в Індії.

Але, незважаючи на комплекс досить успішних управлінських рішень у сфері організації сільської медицини, майже у всіх країнах світу залишається невирішеною проблема браку медичних кадрів у сільській місцевості. Молоді фахівці, які нещодавно закінчили заклади вищої освіти не бажають їхати працювати у сільські віддалені райони. Французькі науковці причиною цього називають важкі умови праці, з щільними графіками і правило “безперервності догляду” за старіючим сільським населенням. Значною проблемою при цьому є насамперед нерівномірний розподіл медиків між великими містами і дрібними населеними пунктами. Так, у Канаді на 30% громадян, що проживають у сільській місцевості, припадає лише 17% сімейних лікарів, 4% фахівців, і 18% зареєстрованих медичних сестер [60].

Кадрові проблеми у сільській місцевості високорозвинених країн намагаються вирішити шляхом застосування телемедицини, яка була запропонована як спосіб подолання транспортних бар'єрів для пацієнтів та постачальників медичних послуг у сільських та географічно ізольованих районах. Іншими словами телемедициною називають технологію використання електронних інформаційних та телекомунікаційних технологій для підтримки міжміського медичного обслуговування та клінічних відносин [59].

Серед сільського населення похилого віку у більшості випадків існують обмежені можливості для транспортування, оскільки часто в окремих сільських населених пунктах відсутні громадський транспорт та медичні заклади. Основним способом надання медичної допомоги є телефонна послуга, оскільки телефони є найдешевшим і найбільш доступним джерелом зв'язку в сільській місцевості. Медичні працівники можуть обговорити можливі варіанти лікування з пацієнтами, переглянути попередню діагностичну інформацію та здійснити консультування за телефоном. Окрім того, сучасні мобільні телефони за допомогою програмного забезпечення NetMeeting та веб-камер можуть

передавати деяку клінічну інформацію щодо артеріального тиску, рівня глюкози в крові, вимірювання ваги тощо.

Західні науковці А. Сміт, М. Бенсінк, Н. Армфілд, Й. Стілман, Л. Каффері, Р. МакКроссін відзначають такі переваги для сільських районів.

1. Телемедицина полегшує діагностику та лікування хвороб через швидкі контакти та взаємодію між постачальниками первинних і спеціалізованих медичних послуг, а також взаємодію між лікарями, медичними сестрами і пацієнтами [61].

2. Телемедицина має переваги в освітніх послугах та поданні лекцій та семінарів шляхом відео та телеконференцій, практичного моделювання та веб-кастингу. У віддалених сільських регіонах медичні працівники можуть використовувати попередньо записані лекції. Крім того, лікарі-медики в міських і столичних районах можуть використовувати телеконференції та діагностичне моделювання, щоб допомогти представникам неповних медичних закладів у сільських громадах діагностувати та лікувати пацієнтів на відстані.

3. Телемедицина може надавати значні адміністративні послуги сільським районам, за якої керівники медичних центрів можуть інтерв'ювати медичних працівників у конкурсі для зайняття певних вакансій. Окрім того, на думку Дж. Хамфрейса і Г. Грегорі, державні органи влади в сфері охорони здоров'я можуть здійснювати через телемедицину адміністративну перевірку та з'ясовувати відповідні потреби сільських громад.

У телемедицині в режимі реального часу електронні телекомунікації дозволяють постачальникам та пацієнтам надсилати та одержувати інформацію про стан здоров'я миттєво або з незначною затримкою. Головна перевага телемедицини в режимі реального часу полягає в тому, що вона значно скорочує час очікування пацієнтів під час необхідності одержати спеціалізовану медичну послугу. Найбільш використовуваним методом телемедицини в режимі реального часу є проведення відеоконференцій, що у реальних умовах сільських регіонів навіть у високорозвинених країнах є занадто дорогою розкішшю. Тому для сільських регіонів використовують телемедицину в режимі

копіювання і передачі збереженої інформації через комп'ютерну мережу. Така форма стає все більше використовуватись сімейними лікарями для одержання консультацій щодо діагнозу та лікування пацієнта у вузьких спеціалістів. За таких умов лікарю загальної практики не потрібно направляти пацієнта до лікарів вторинної ланки.

Переконуючи у великому майбутньому телемедицини для сільської місцевості, Б. Гров, Д. Гелей, М. Де Сільве звертають увагу на особливу її роль для педіатрів, нейрорадіологів, ортопедів, дерматологів. Згадані автори також висловлюють думку щодо широких можливостей використання телемедицини у телерадіології, коли медичний персонал передає радіологічні зображення, включаючи рентгенівську комп'ютерну томографію та магнітне резонансне зображення іншим медичним працівникам у віддалених місцях.

Окрім телемедицини, нововведеннями щодо організації медичної допомоги стали медсестринські кабінети, в яких пацієнти можуть отримати медичні послуги, які не потребують лікарської кваліфікації, а також хірургія одного дня в амбулаторних умовах, що зменшує вартість таких послуг; телемедицина й запровадження персонально контрольованих електронних медичних карток, що полегшує координацію і доступність медичних сервісів.

Отже, аналіз досвіду зарубіжних країн демонструє, що майже усі розвинуті держави докладають зусиль для вирішення проблеми рівного доступу сільського населення до медичних послуг шляхом перерозподілу коштів із метою встановлення оптимального балансу між доступною широкому загалу недорогою послугою сімейної медицини і якісною високотехнологічною медичною допомогою.

З метою розвитку на селі первинної превентивної ланки, в якій найбільше відчувають потребу сільські жителі, держави спрямовують свої комплексні зусилля на пошуки нових форм медичного обслуговування сільських жителів. Під час вивчення зарубіжних підходів у реформуванні системи охорони здоров'я, яка б забезпечувала рівний доступ сільського населення до медичного обслуговування, з'ясовано, що у процесі реформування системи охорони

здоров'я України важливо врахувати наступні складові державної політики у цій сфері:

- вироблення інструментів формування державної політики у сфері охорони здоров'я;
- визначення завдань і цілей для органів публічної влади, відповідальних за
 - прийняття відповідних рішень;
 - оптимальний розподіл ресурсів охорони здоров'я;
 - покращення організації підготовки лікарів-спеціалістів широкого профілю.

З метою забезпечення рівного доступу до медичних послуг сільського і міського населення, необхідно використати досвід країн, які провели медичну реформу та запровадили нові форми медичного обслуговування: телемедицину, медичні пересувні фургони для діагностики, стимулювання молодих спеціалістів до роботи у сільській та віддаленій місцевості, перерозподіл бюджетних коштів на охорону здоров'я у сферу сільської медицини за рахунок розширення мережі сільських лікарів та скорочення кількості вузькоспеціалізованих лікарів.

ВИСНОВКИ

В результаті проведеного дослідження, ми дійшли наступних висновків:

1. Медичне обслуговування населення України – це діяльність із надання соціальної медичної допомоги та економічно обумовлених медичних послуг закладами охорони здоров'я та зареєстрованими фізичними особами-підприємцями, які одержали на це відповідну ліцензію.

2. Доступність медичної допомоги – це законодавчо врегульована та організаційно забезпечена можливість надання своєчасної й кваліфікованої медичної допомоги та прийнятність за рівнем якості для населення країни цієї допомоги незалежно від географічних, економічних, соціальних, інформаційних, культурних та мовних бар'єрів, тобто відсутність перепон для отримання пацієнтом медичних послуг, пов'язаних з організацією надання медичної допомоги.

3. Розвиток законодавства в сфері, яка є предметом нашого дослідження, спрямований все ж на створення умов для подальшої «прихованої» ліквідації мережі медичних закладів у сільській місцевості. Незадовільний рівень забезпечення їх сучасним медичним обладнанням, медикаментами та персоналом практично унеможливує реалізацію права селян на отримання вчасної і якісної медичної допомоги.

4. Із соціальними детермінантами здоров'я в сільській місцевості пов'язані проблеми:

– більш низької якості медичної інфраструктури, браку кваліфікованих медичних працівників та менш ефективними службами невідкладної медичної допомоги;

– фінансових бар'єрів для отримання якісних медичних послуг, пов'язаних із низькими доходами сільського населення;

– більш високих витрат, які пов'язані із додатковими транспортними навантаженнями через велику відстань до центральних лікарень;

– меншого доступу до спеціалізованих послуг і аптек;

– відсутності пропаганди здорового способу життя та відповідних заходів з профілактики захворювань.

5. Існуючі відмінності в організації медичного обслуговування сільського населення обумовлені:

- своєю системою розселення населення;
- малою щільністю населення;
- сезонністю сільськогосподарської праці;
- значною віддаленістю населених пунктів один від одного;
- зниженням частки осіб працездатного віку;
- збільшенням питомої ваги людей похилого віку;
- недостатнім розвитком транспортних зв'язків.

6. На рівень і якість медичної допомоги сільському населенню також впливає:

- зношеність матеріально-технічної бази сільської охорони здоров'я;
- висока плинність медичних кадрів;
- низький рівень забезпечення сільських організацій охорони здоров'я сучасним медичним обладнанням;
- невідповідність половини організацій охорони здоров'я санітарно-технічним нормам;
- зниження соціального захисту медичного персоналу.

7. До основних напрямів та шляхів системних змін у медичній галузі ми відносимо: перехід від адміністративно-командної (централізованої планово-розподільної) до ринкової соціально-адаптованої економічної моделі; забезпечення рівного доступу громадян до якісних медичних послуг, особливо в сільській місцевості; підвищення структурної ефективності системи охорони здоров'я за рахунок побудови інноваційно-інвестиційної моделі розвитку установ охорони здоров'я на тлі державно-приватного партнерства; формування ефективних механізмів виробничих відносин у структурі державного управління галуззю, а саме модернізацію механізмів управлінських процесів для розвинення концесійної співпраці в системі громадського здоров'я і

роздержавлення в охороні здоров'я, яке означає, з одного боку, перехід від командно-адміністративних до економічно-управлінських методів керівництва, а з іншого – зміну форм та змісту відносин власності.

Це актуалізує питання щодо пошуку певних моделей та механізмів державного управління основними засобами виробництва лікувальних установ, створення нової мережі медичних закладів різної форми власності.

8. Задля вирішення проблем щодо доступності сільського населення до медичної допомоги, необхідно застосовувати комплексний підхід, шляхом концептуального забезпечення механізмів державного управління в умовах децентралізації та формування ефективних та результативних механізмів взаємодії органів державної влади в сфері охорони здоров'я з територіальними громадами, а також посиленням міжсекторного та міжгалузевого партнерства.

9. Під час вивчення зарубіжних підходів у реформуванні системи охорони здоров'я, яка б забезпечувала рівний доступ сільського населення до медичного обслуговування, з'ясовано, що у процесі реформування системи охорони здоров'я України важливо врахувати наступні складові державної політики у цій сфері:

- вироблення інструментів формування державної політики у сфері охорони здоров'я;
- визначення завдань і цілей для органів публічної влади, відповідальних за
 - прийняття відповідних рішень;
 - оптимальний розподіл ресурсів охорони здоров'я;
 - покращення організації підготовки лікарів-спеціалістів широкого профілю.

10. З метою забезпечення рівного доступу до медичних послуг сільського і міського населення, необхідно використати досвід країн, які провели медичну реформу та запровадили нові форми медичного обслуговування: телемедицину, медичні пересувні фургони для діагностики, стимулювання молодих

спеціалістів до роботи у сільській та віддаленій місцевості, перерозподіл бюджетних коштів на охорону здоров'я у сферу сільської медицини за рахунок розширення мережі сільських лікарів та скорочення кількості вузькоспеціалізованих лікарів.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Державне управління охороною здоров'я в Україні: генеза і перспективи розвитку : кол. моногр. / [кол. авт. ; упоряд. проф. Я. Ф. Радиш, передм. Т. Д. Бахтеєвої ; за заг. ред. проф. М. М. Білинської, проф. Я. Ф. Радиша]. К. : НАДУ, 2013. С. 14.
2. Двенадцать принципов организации здравоохранения для любой национальной системы здравоохранения : приняты 17-й Всемирной медицинской ассамблеей (Нью-Йорк, США, октябрь 1963 р. С внесениями 35-й Всемирной медицинской ассамблеей поправками. Венеция, Италия, октябрь 1983 р.) // Права человека и профессиональная деятельность врача у документах международных организаций. К. : Сфера, 1999. С. 191-194.
3. Основи законодавства України про охорону здоров'я : Закон України № 2801- XII від 19.11.1992 р. [з наступними змінами та доповненнями]. URL : [http:// zakon3.rada.gov.ua/laws/show/2801-12](http://zakon3.rada.gov.ua/laws/show/2801-12).
4. Виноградов О. В. Механізми державного управління багатоканальним фінансуванням системи охорони здоров'я України : дис. на здоб. наук. ступ. канд. наук з держ. упр. : 25.00.02. К., 2009. С. 166.
5. Бондарева Л. В. Забезпечення доступної і якісної медичної допомоги на базовому рівні: механізми державного регулювання : автореф. дис. на здобуття наук. ступ. канд. наук з державного управління. Івано-Франківськ, 2014. 22 с.
6. Про захист прав споживачів : Закон України № 1023-ХІІ від 12.05.1991 р. URL : http://kodeksy.com.ua/pro_zahist_prav_spozhivachiv.htm.
7. Про внесення зміни до статті 3 Основ законодавства України про охорону здоров'я (щодо визначення дефініції “медична послуга”) : Законопроект. URL : [http:// www.apteka.ua/article/352688](http://www.apteka.ua/article/352688).

8. Фойгт Н. Роль планування в системі державного управління охороною здоров'я в Україні // *Державне управління та місцеве самоврядування* : зб. наук. пр. Вип. 3 (10) / редкол. : С. М. Серьогін (голов. ред.) [та ін.]. Дніпропетровськ : ДРІДУ НАДУ, 2011. С. 96-100.
9. Бондарева Л. Доступність медичної допомоги населенню: теоретичний аспект. *Актуальні проблеми державного управління*. 2011. Вип. 3. С. 11–14.
10. Gulliford M., Figueroa-Munoz J., Morgan M., Hughes D., Gibson B., Beech R., Hudson M. What does 'access to health care' mean? URL : <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12171751>.
11. Рекомендации, касающиеся здравоохранения в сельской местности, приняты 18-й Всемирной медицинской ассамблеей, Хельсинки, Финляндия, июнь 1964 г., внесены поправки 35-й Всемирной медицинской ассамблеей, Венеция, Италия, октябрь 1983 г. URL : <http://zakon4.rada.gov.ua/>
12. Гафурова О.В. Правове регулювання державної підтримки сільської медицини. *Науковий вісник Національного університету біоресурсів і природокористування України* / Д.О.Мельничук (голова редкол.). 2011. Вип. 165, ч. 1. С. 58–62. (Серія: Право).
13. Авчухова А. М. Щодо проблем розвитку соціальної інфраструктури сільських населених пунктів: аналітична записка. *Національний інститут стратегічних досліджень при Президенті України*. URL : <http://www.niss.gov.ua/articles/1132/>.
14. Соціально-економічні засади розвитку сільських територій (економіка, підприємництво і менеджмент). моногр. Малік М.Й., Кропивко М.Ф., Булавка О.Г. та ін.; за ред. М.Й. Маліка. К. : ННЦ ІАЕ, 2012. 642 с.
15. Фаршатов И.А. Правовые основы социального развития села / Фаршатов И.А.М. : Изд-во Всесоюз. заоч. полит. ин-та, 1991. 288 с.
16. Рацибарська Ю. Медична реформа віддалила лікарню від селян на 70

кілометрів.

URL:

<http://www.radiosvoboda.org/content/article/24509610.html>

17. Про результати аудиту виконання заходів Державної цільової програми розвитку українського села на період до 2015 року : [Бюлетень підготовлено за матеріалами Звіту про результати аудиту виконання заходів Державної цільової програми розвитку українського села на період до 2015 року] // Рахункова палата України / відп. за вип.: М.Я.Шулежко, Г.А. Шах. 2013.31 с.
18. Заклади охорони здоров'я та захворюваність населення України у 2015 році: Статистичний бюлетень. К.: Державна служба статистики України. URL: [http:// www.ukrstat.gov.ua/](http://www.ukrstat.gov.ua/)
19. Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации: Федеральный Закон РФ от 29 ноя. 2010г. №326-ФЗ. URL :<http://www.consultant.ru/document/>
20. Вовк С. М., Лобас В.М. Організація сучасного механізму фінансування охорони здоров'я в умовах трансформаційного періоду країни. *Економіка і право охорони здоров'я* : наук.-практ. журн. 2015. № 2. С. 8–11.
21. Богомолец О. Впровадження «медреформи» ставить під сумнів верховенство права в Україні – думка / UaInfo. URL: <http://uainfo.org/blognews/1513848424-vprovadzhennya-medreformi-stavit-pid-sumniv-verhovenstvo.html>
22. ВООЗ : веб-сайт. URL: <http://www.euro.who.int/ru/data-and-evidence/european-health-report/european-health-report/ehr> (дата звернення: 28.08.2017).
23. Коротич О. Б. Державне управління регіональним розвитком України: монографія. Харків : Видавництво ХарРІДУ УАДУ «Магістр», 2006. 220 с.
24. Нюнько О.В. Моделі механізмів формування державного управління інноваційно-інвестиційною діяльністю. *Ефективність державного*

- управління : зб. наук. пр. 2013. URL: <http://irbis-nbuv.gov.ua/>
25. Рудніцька Р. М., Сидорчук О. Г., Стельмах О. М. Механізм державного управління : сутність і зміст. Львів : ЛРІДУ НАДУ, 2005. 28 с.
26. Авер'янова В. Б. Державне управління: проблеми адміністративно-правової теорії та практики : навч. посіб. URL: <http://pravoznavec.com.ua/books>
27. Федорчак О. В. Класифікація механізмів державного управління. *Науковий вісник. Демократичне врядування*. 2008. Вип. 1. URL: http://lvivacademy.com/vidavnitstvo_1/visnik/fail/O_Fedorchak.pdf
28. Угода про асоціацію між Україною, з однієї сторони, та Європейським Союзом, Європейським співтовариством з атомної енергії і їхніми державами-членами, з іншої сторони № 984_011 від 30.11.2015. URL: http://zakon.rada.gov.ua/laws/show/984_011
29. Barnekov T., Boyle R. and Rich D. *Privatism and Urban Policy in Britain and the United States*. Oxford university press (1 Sept. 1989). Oxford, 1989. 281 p.
30. Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення : Закон України від 19.10.2017 № 2168-19. URL: <http://zakon2.rada.gov.ua/laws/show/2168-19>
31. Індекс здоров'я. Україна 2017: Що думають українці про медицину та своє здоров'я. URL: <http://fp.com.ua/articles/index-zdorov-ya>
32. Надута-Скринник О. К., Кризина Н. П. Особливості інноваційної фінансово-організаційної моделі надання первинної медико-санітарної допомоги сімейним лікарем – приватним підприємцем. *Україна. Здоров'я нації*. 2011. 4 (20). С. 120–125.
33. Вовк С.М., Берегова А.С., Песчанська О.О. Основні задачі оперативного управління на вищому рівні. *Перспективні напрямки наукової думки*: матеріали Міжнародної науково-практичної конференції 18 квітня 2018 року. Тернопіль: зб. наук. праць

«ΛΟΓΟΣ». Т.4. С. 9–15.

34. Галацан О. В. Організаційно-економічний механізм управління охороною здоров'я : автореф. дис. на здобуття наук. ступеня канд. наук. держ. упр. : 25.00.02. Харків, 2004. 17 с.
35. Вовк С.М. Розвиток продуктивних сил регіону в умовах екологізації(на прикладі регіону Донбасу). *Схід*. 2012. С. 26–31.
36. Федулова Л. І. Тенденції розвитку національних інноваційних систем: уроки для України. *Актуальні проблеми економіки*. 2015. № 4 (166). С. 99–104.
37. Вовк С. М., Лобас В. М., Черныш Е. И. Преобразование собственности лечебных учреждений Украины. *International Scientific Conference Formation of Modern Economic Area: Benefits, Risks, Implementation Mechanisms: Conference Proceedings: Tbilisi: SSOTU*. 2016. Р. III. Р.61–64.
38. Галацан О. В. Організаційно-економічний механізм управління охороною здоров'я : автореф. дис. на здобуття наук. ступеня канд. наук. держ. упр. : 25.00.02. Харків, 2004. 17 с.
39. Нагайчук Н. Г. Формування системи добровільного медичного страхування в умовах ринкової економіки : автореф. дис. на здобуття наук. ступеня канд. екон. наук. : 08.04.01 / ДУ «Інститут економіки та прогнозування Національної академії наук України». Київ, 2006. 20 с.
40. Національна стратегія реформування системи охорони здоров'я України на період 2015–2020 роки / Міністерство охорони здоров'я України. URL: moz.gov.ua/uploads/0/691-strategiya.pdf
41. Про схвалення Концепції розвитку системи громадського здоров'я: Розпорядження кабінету міністрів України від 30.11.2016 р. № 1002-р. URL: <https://www.kmu.gov.ua/ua/npas/249618799/>
42. Концепція реформи фінансування системи охорони здоров'я : Розпорядження Кабінету Міністрів України від 30.11.2016 р. № 1013-р. URL: <http://zakon3.rada.gov.ua/laws/show/1013-2016-%D1%80>

43. Берданов О., Вакуленко В., Василенко М. та ін. Розвиток партнерства між місцевою владою та недержавним сектором у сфері надання громадських послуг: монографія. Ужгород : Патент, 2008. 192 с.
44. Про порядок денний третьої сесії Верховної Ради України : Постанова Верховної Ради України № 429-XIV від 05.02.1999 р. URL : <http://zakon5.rada.gov.ua/laws/show/429-xiv>.
45. Науково обґрунтовані підходи до кваліфікаційної характеристики лікаря загальної практики – сімейного лікаря з позиції компетентнісного підходу : метод. реком. / уклад. : Л. Ф. Матюха, Н. Г. Гойда, В. Г. Слабкий, М. В. Олійник ; НМАПО ім. П. Л. Шупика ; ДУ “Укр. ін-т стратегічних досліджень МОЗ України”. К., 2010. 27 с.
46. Модернізація мережі закладів охорони здоров’я, що надають первинну медичну допомогу : метод. реком. / Міністерство охорони здоров’я України. К., 2012. 14 с.
47. Щербань В. Пілотний експеримент – на марші. URL : <http://www.vz.kiev.ua/pilotnij-eksperiment/06/02/15>
48. Про введення мораторію на ліквідацію та реорганізацію закладів охорони здоров’я : Закон України № 772-VII від 23.02.2014 р. URL : <http://zakon5.rada.gov.ua/laws/show/772-18>.
49. Про внесення змін та визнання такими, що втратили чинність, деяких законодавчих актів України : Закон України № 76-VIII від 28.12.2014 р. // Відомості Верховної Ради України. 2015. № 6. Ст. 40.
50. План заходів з імплементації Угоди про асоціацію між Україною, з однієї сторони, та Європейським Союзом, Європейським Співтовариством з атомної енергії і їхніми державами-членами, з іншої сторони, на 2014 – 2017 роки : затверджено розпорядженням Кабінету Міністрів України № 847-р від 17.09.2014 р. URL : <http://zakon0.rada.gov.ua/laws/show/847-2014-%D1%80/paran12#n12>.
51. Концепція реформи фінансування системи охорони здоров’я України, підготовлена робочою групою з питань реформи фінансування

- охорони здоров'я при МОЗ України : проект. URL : http://moz.gov.ua/docfiles/pre_20160205_0_dod.pdf.
52. Чисельність наявного населення України на 1 січня 2015 року / Державна служба статистики України. URL : http://database.ukrcensus.gov.ua/PXWEB2007/ukr/publ_new1/2015/zb_nas_14.pdf.
53. Плани змін в охороні здоров'я на 2017 рік / МОЗ. URL : http://www.moz.gov.ua/ua/portal/pre_20170208_b.html.
54. Ромашкіна О. Хто вирішить питання оснащення сільських ФАПів та амбулаторій. URL : <http://www.golos.com.ua/article/257958>.
55. Дейкун М., Піцуляк М., Кравченко П. Госпітальні округи: ріжемо без наркозу? URL : <http://www.vz.kiev.ua/gospitalni-okrugy-rizhemo-bez-narkozu/> 24/02/2017.
56. Примірне положення про госпітальний округ : Наказ Міністерства охорони здоров'я № 165 від 20.02.2017 р. (у редакції наказу Міністерства охорони здоров'я № 1621 від 18.12.2017 р.) // Аптека. URL : <http://www.apteka.ua/article/439010>.
57. Trends in rural hospital closure 1990 – 2000 / U.S Department of Health and Human Services. URL : <https://ruralhealth.und.edu/pdf/fu29.pdf>.
58. Brant S., Garris M., Okeke E., Rosenfeld, J. Access to Care in Rural China: a Policy Discussion // The Gerald R. Ford School of Public Policy / University of Michigan. Retrieved. 2009. February 27. P. 1—19.
59. Мартинов П. Австралійська медична модель: доступна, якісна та ефективна. URL : <http://cost.ua/news/352-med-australia>.
60. Humphreys Js., Lyle D., Wakerman J., Chalmers E., Wilkinson D., Walker J., Simmons D., Larson A. Roles and activities of the Commonwealth Government University Departments of Rural Health // Aust J Rural Health. 2000. № 8 (2). P. 120—153.
61. Smith A., Bensink M., Armfield N., Stillman J., Caffery L. Telemedicine and rural health care applications // Journal of Postgraduate Medicine. —

2005. № 51. P. 286-293. URL :
<http://www.jpgmonline.com/article.asp?issn=00223859;year=2005;volume=51;issue=4;spage=286;epage=293;aulast=Smith>.

ХМЕЛЬНИЦЬКА ОБЛАСНА РАДА
ХМЕЛЬНИЦЬКИЙ УНІВЕРСИТЕТ УПРАВЛІННЯ ТА ПРАВА
ІМЕНІ ЛЕОНІДА ЮЗЬКОВА

ФАКУЛЬТЕТ УПРАВЛІННЯ ТА ЕКОНОМІКИ

Спеціальність 281 Публічне управління та адміністрування

Галузь знань 28 Публічне управління та адміністрування

ЗАТВЕРДЖУЮ

Завідувач кафедри публічного
управління та адміністрування

Індивідуальне завдання на підготовку магістерської роботи

Студенту Зозулі Євгенію Миколайовичу

(прізвище, ім'я, по батькові)

Тема магістерської роботи: Механізми публічного управління у сфері забезпечення рівного доступу до медичних послуг сільського населення в Україні

Мета дослідження: обґрунтування теоретико-методологічних засад визначення механізмів публічного управління, які детермінують системні зміни у сфері забезпечення рівного доступу до медичних послуг сільського населення в Україні.

Завдання дослідження:

- здійснити теоретичну характеристику державного забезпечення рівних можливостей доступу до медичних послуг та медичного обслуговування сільського населення;
- проаналізувати нормативно-правове регулювання доступу до медичних послуг та медичного обслуговування сільського населення;
- охарактеризувати механізми публічного управління у сфері забезпечення медичними послугами сільського населення;
- виявити проблеми забезпечення рівного доступу до медичних послуг сільського населення та шляхи їх подолання;
- запропонувати напрямки вдосконалення державного забезпечення рівноправності у доступі до медичних послуг сільського населення;

з метою запровадження кращих практик, проаналізувати зарубіжний досвід державного забезпечення рівного доступу до медичних послуг сільського населення.

Об'єкт дослідження: процес публічного управління сферою забезпечення рівного доступу до медичних послуг сільського населення в Україні.

Предмет дослідження: взаємодія механізмів публічного управління системними змінами у сфері забезпечення рівного доступу до медичних послуг сільського населення в Україні.

№ п/п	Орієнтовний план
Вступ	
1.	Теоретико-правові аспекти державного забезпечення рівних можливостей доступу до медичних послуг та медичного обслуговування сільського населення
1.1.	Теоретична характеристика державного забезпечення рівних можливостей доступу до медичних послуг та медичного обслуговування сільського населення
1.2.	Правове забезпечення доступу до медичних послуг та медичного обслуговування сільського населення

2.	Механізми публічного управління у сфері забезпечення медичними послугами сільського населення
2.1.	Механізми публічного управління: їх класифікація та складові елементи
2.2.	Аналіз механізмів публічного управління у сфері забезпечення рівного доступу до медичних послуг сільського населення
3.	Проблеми забезпечення рівного доступу до медичних послуг сільського населення та шляхи їх подолання
3.1.	Напрямки вдосконалення державного забезпечення рівноправності у доступі до медичних послуг сільського населення
3.2.	Зарубіжний досвід державного забезпечення рівного доступу до медичних послуг сільського населення у процесі реформування системи охорони здоров'я
Висновки	
Список використаних джерел	
Додатки	

Календарний план виконання магістерської роботи

№ з/п	Назва етапів магістерської роботи (МР)	Строк виконання етапів роботи	Примітка
1.	Вибір теми МР, погодження її з науковим керівником; визначення об'єкта дослідження (відповідного підприємства, установи, адміністративно-територіальної одиниці)	Вересень 2020 р.	
2.	Затвердження наказом по університету теми МР і наукового керівника	Вересень 2020 р.	
3.	Оформлення науковим керівником індивідуального завдання на МР студенту, підбір літератури та фактичного матеріалу для написання роботи, їх аналіз та узагальнення	До 30 вересня 2020 р.	
4.	Затвердження завідувачем випускаючої кафедри індивідуального завдання на МР студенту	До 30 вересня 2020 р.	
5.	Виконання та подання науковому керівнику першого розділу МР	До 15 жовтня 2020 р.	
6.	Виконання та подання науковому керівнику другого розділу МР	До 30 жовтня 2020 р.	
7.	Виконання та подання науковому керівнику третього розділу МР	До 15 листопада 2020р.	
8.	Виконання та подання науковому керівнику вступу, висновків МР	До 15 листопада 2020р.	
9.	Розгляд МР на кафедрі та допуск до захисту перед екзаменаційною комісією (попередній контроль виконання МР)	До 20 листопада 2020р.	
10.	Доопрацювання МР згідно із зауваженнями наукового керівника, консультантів, кафедри. Подання МР для отримання відгуку науковому керівнику	До 30 вересня 2020 р.	
11.	Одержання відгуку наукового керівника та здача МР у навчальний відділ з метою подання її на рецензію	До 3 грудня 2020 р.	
12.	Підготовка до захисту МР (текст доповіді, ілюстративний матеріал, презентація тощо)	До 10 грудня 2020 р.	
13.	Захист МР перед екзаменаційною комісією	17-20 грудня 2020р	

Дата видачі завдання: « ____ » _____ 2020 р.

Науковий керівник _____
(прізвище, ініціали, науковий ступінь, вчене звання,

_____)
(підпис наукового керівника)

Завдання одержав до виконання _____
(дата)

_____)
(підпис студента)

Виконав: студент магістратури
за спеціальністю 281 Публічне
управління та адміністрування
заочної форми навчання

_____ Є.М.Зозуля

Науковий керівник:
доцент кафедри публічного
управління та адміністрування,
к.держ.упр., доцент

_____ І.В. Шевчук

Робота допущена до захисту:
завідувач кафедри публічного
управління та адміністрування,
д.держ.упр., доцент

_____ Е.В. Щепанський