



розвитку суспільства і зміцнення національної безпеки, з іншого - зумовлено обмеженістю ринкових механізмів у сфері одержання і впровадження науково-технічних результатів. Крім цього, необхідність стимулювання ринку нововведень в Україні породжена кризовими тенденціями в науці, виробництві й потребою подальшого економічного зростання.

Використана література:

1. Олабина Г. П., Понежда Г. В., Задорожний З. М. *Инновационная деятельность при переходе к рыночным отношениям.* - К.: УкрИНТЭИ, 1995.-228с.
2. Фирсов В.А. *Американская модель инновационной деятельности в малом бизнесе // США - экономика, политика, идеология.* -1994. - № 6 (294). - С.44-51.
3. Черваньов Д.М., Жилинська О.І. *Пріоритетні напрями розвитку науки і техніки в системі державного регулювання НТП в розвинутих країнах // Вісник КДУ ім. Т.Шевченка. Серія Економіка - Вип.37. —1996.*

*Стаття рекомендована до друку кафедрою менеджменту, фінансів та кредиту
Хмельницького університету управління та права
(протокол № 3 від 10 грудня 2004 року)*



*Ярош Ч.Я.,
докторант кафедри соціальної та
гуманітарної політики Національної
академії державного управління при
Президентові України, кандидат
медичних наук*

ПРІОРИТЕТИ ДЕРЖАВНОГО УПРАВЛІННЯ ДОСТУПНІСТЮ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ

Забезпечення доступності медичних послуг населенню належить до найбільш актуальних проблем системи охорони здоров'я будь-якої країни. На доступність здійснює вплив комплекс соціальних, економічних, географічних та інших факторів, які зумовлюють нерівність можливостей різних суспільних груп населення щодо отримання медичних послуг.

У кожній країні є категорії людей, які з тих чи інших причин мають менший доступ до медичної допомоги. Грузева Т.С.¹ вважає, що зниження доступності медичної допомоги та ступеня задоволення нею характерне для малозабезпечених верств населення. Громадяни з низьким рівнем освіти, зайняті некваліфікованою роботою, рідше відвідують лікарів та отримують менший обсяг профілактичних медичних втручань, живуть і працюють в умовах обмежених можливостей особистої гігієни, зазнають труднощів у придбанні медикаментів.

¹ Грузева Т.С. Дослідження відмінностей у стані здоров'я населення залежно від рівня матеріального добробуту // Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров'я України. – 2003. - №4. – С. 20-24.



На думку Хунова Ю.А.², значною мірою на можливість отримання медичної допомоги впливає територіальний фактор. Концентрування спеціалізованої медичної допомоги у клініко-діагностичних центрах зумовлює об'єктивну необхідність компенсації зниженої територіальної доступності медичних послуг до хворих з віддалених місць проживання.

В першу чергу ця проблема стосується сільської частини населення, оскільки рівень здоров'я селян залишається невисоким, а можливість отримати якісну медичну допомогу – нижчою, ніж у міських жителів³. Крім того, для жителів сільської глибинки, які мають менший рівень грошових доходів порівняно з жителями міст, часто є обтяжливими транспортні витрати, пов'язані з медичним забезпеченням⁴. Існуюча ситуація з охорони здоров'я сільських жителів ускладнюється невисоким рівнем їх медичної освіченості⁵.

У зв'язку з зазначеним Пономаренко В.М. та співавтор⁶ вважають за доцільне розробити та впровадити організаційні моделі, які б забезпечили рівнозначну доступність первинної медико-санітарної допомоги для мешканців сільських населених пунктів, не залежно від їх територіального розташування.

В сучасних умовах увага місцевих органів виконавчої влади, працівників охорони здоров'я, громадськості зосереджується на таких глобальних стратегічних пріоритетах, як забезпечення законності, соціальної справедливості⁷, гарантованості охорони здоров'я⁸, реального підвищення доступності медичних послуг⁹.

Проте для значної частини населення можливості медичного забезпечення залишаються обмеженими, існує тенденція до почастишання сплати за нього в соціально неприйнятних формах¹⁰.

Незважаючи на активне вивчення факторів, які впливають на доступність охорони здоров'я, на сьогодні залишається малодослідженою проблема використання державного соціального нормування з метою забезпечення населення лікарськими засобами, виробами медичного призначення та медичними послугами відповідно до існуючих потреб.

Мета роботи – на основі аналізу доступності населення регіонів України до різних видів медико-санітарної допомоги визначити пріоритети державного соціального нормування у сфері охорони здоров'я.

Для досягнення мети здійснено оцінку результатів соціологічних опитувань населення, проведених Державним комітетом стандартизації України¹¹. За випадок дослідження взято одне домогосподарство, де хто-небудь з членів потребував лікарських засобів, виробів

² Хунов Ю.А. Реалізація стратегічного напрямку охорони здоров'я щодо підвищення доступності медичної допомоги на регіональному рівні // Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров'я України. – 2002. - №4. – С. 13-18.

³ Грузева Т.С. Сучасні особливості і тенденції стану здоров'я сільського населення та комплексні заходи щодо його поліпшення // Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров'я України. – 2003. - №1. – С. 21-27.

⁴ Хунов Ю.А. Реалізація стратегічного напрямку охорони здоров'я щодо підвищення доступності медичної допомоги на регіональному рівні // Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров'я України. – 2002. - №4. – С. 13-18.

⁵ Хунов Ю.А. Актуальні проблеми вдосконалення медичного обслуговування сільських жителів // Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров'я України. – 2003. - №1. – С. 17-21.

⁶ Пономаренко В.М., Польченко В.І., Ціборовський О.М. Про деякі особливості та проблеми первинної медико-санітарної допомоги сільському населенню // Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров'я України. – 2001. - №3. – С. 35-38.

⁷ Пономаренко В.М., Грузева Т.С., Хунов Ю.А., Кульчицька Н.О. Комплексне програмно-цільове планування в охороні здоров'я на державному та регіональному рівнях. – Київ-Луганськ: ВАТ "ЛОД", 2003. – С. 132

⁸ Гаїбов А.Г. Перспективи розвитку медико-санітарної допомоги сільському населенню республіки Таджикистан // Проблеми соціальної гігієни, здравоохорони і історії медицини. – 2004. - №2. – С. 48-49.

⁹ Пономаренко В.М., Бодак В.М. Актуальні питання становлення інформаційного забезпечення процесів управління сільськими закладами ПМСД на засадах сімейної медицини // Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров'я України. – 2002. - №4. – С. 9-12.

¹⁰ Підаєв А.В. Пріоритетні напрями розвитку системи охорони здоров'я в Україні // Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров'я України. – 2002. - №4. – С. 5-8.

¹¹ Стан здоров'я населення. Статистичний бюлетень. – Київ, 2003. – С. 62, 63



медичного призначення або медичних послуг у визначений період часу.

Встановлено, що протягом календарного року в 16110,0 тис. домогосподарств України (91,5% від усіх домогосподарств) є особи, які потребують медичної допомоги, придбання ліків та медичного приладдя. Показник їх питомої ваги в регіонах коливається в межах від 76,5% (у Житомирській області) до 99,7% (у Миколаївській області).

При потребі члени 4426,9 тис. (27,5%) домогосподарств України не змогли отримати зазначених медичних послуг.

У 3768,5 тис. домогосподарств у всіх регіонах держави хто-небудь з членів не мав можливості придбати ліки. За даними структурного аналізу, їх питома вага сягає 85,1% від загальної чисельності домогосподарств із зниженою доступністю до охорони здоров'я. Як правило (у 97,2% випадків) респонденти пояснювали неможливість придбання ліків занадто високою їх вартістю. У 7 регіонах України висока вартість була єдиною причиною неможливості придбання ліків.

В 1,4% випадків члени домогосподарств 11 областей не змогли придбати необхідні ліки внаслідок їх відсутності у торговій мережі.

На неможливість відвідати лікаря вказали члени 1644,7 тис. домогосподарств у всіх регіонах, що становить 37,2% у структурі загальної чисельності домогосподарств із зниженою доступністю до охорони здоров'я. У 84,2% випадків причиною неможливості відвідування лікаря була занадто висока вартість послуг¹². У м. Севастополі та в Івано-Франківській області, які займають 5 та 6 рейтингові місця за рівнем сукупних ресурсів, висока вартість була єдиною перешкодою для відвідування лікаря. У 7,7% випадків (в 19 регіонах) в лікувально-профілактичних закладах не було спеціаліста потрібного профілю.

Надто довгі черги на відвідування лікаря мали місце в 21 регіоні і зумовили 6,8% випадків недоступності зазначеного виду послуг.

Не мали можливості відвідати стоматолога члени 1113,5 тис. домогосподарств у всіх регіонах України, що становить 25,2% у структурі загальної чисельності домогосподарств із зниженою доступністю до охорони здоров'я. Основною причиною неможливості відвідання стоматолога була висока вартість послуг – у 96,9% випадків. В 16 регіонах висока вартість була єдиною причиною недоступності стоматологічної допомоги. В 6 регіонах мали місце надто довгі черги до стоматолога, які зумовили їх недоступність для членів 1,1 % домогосподарств. В 1,0% випадків (в 4 регіонах) був відсутній стоматолог.

Члени 1015,5 тис. домогосподарств в усіх регіонах повідомили про неможливість обстеження в лікувально-профілактичних закладах. Їх частка становила 22,9% у структурі домогосподарств, члени яких не змогли отримати товари та послуги медичного призначення. У 88,3% випадків мала місце занадто висока вартість обстеження, у 10 регіонах вона була єдиною причиною неможливості його проведення. Лікарі необхідних спеціальностей були відсутні у 7,5% випадків (у 14 регіонах). Черга на проведення медичного обстеження, яка існувала у 8 регіонах, зумовила його недоступність для членів 3,2% домогосподарств.

Хто-небудь з членів 933,3 тис. домогосподарств в усіх регіонах в разі потреби не зміг отримати необхідного протезування. Питома вага таких домогосподарств становила 21,1% від загальної чисельності домогосподарств із зниженою доступністю до охорони здоров'я. У 97,5% випадків протезування було неможливе внаслідок високої вартості. У 18

¹² Витрати і доходи домогосподарств України у 2002 році (за даними вибіркового обстеження умов життя домогосподарств України), частина I. – Київ, 2003. – С. 316, 317



регіонах це була єдина причина його недоступності. Черга, яка існувала у 6 регіонах, зумовила 1,2% випадків зниження доступності протезування. У Житомирській області внаслідок довгої черги не змоги провести протезування члени 50,0% домогосподарств (найвищий показник серед областей). Спеціалісти відповідного профілю були відсутні в 2 регіонах (1,2 % випадків неможливості протезування).

На відсутність можливості отримати показане за станом здоров'я лікування в умовах стаціонару вказали члени 806,1 тис. домогосподарств у всіх регіонах, що склало 18,2% від загальної чисельності домогосподарств із зниженою доступністю до послуг у сфері охорони здоров'я. Висока вартість зумовила недоступність стаціонарного лікування у 94,2% випадків; в 10 регіонах вона була єдиною перешкодою для його отримання. У 2,6% випадків (у 9 регіонах) не було лікарняних стаціонарних ліжок потрібного профілю. В 1,9% випадків (в 7 регіонах) відмова у госпіталізації була мотивована відсутністю вільних місць у стаціонарі. В Тернопільській області ця причина зумовила третину випадків (37,3%) зниження доступності стаціонарної медичної допомоги.

Лікувальні процедури не змогли отримати члени 692,3 тис. домогосподарств в 25 регіонах України, що склало 15,6% домогосподарств із зниженою доступністю до охорони здоров'я. Внаслідок занадто високої вартості лікувальні процедури не проводилися у 93,9 % випадків, у 14 регіонах це була єдина причина неможливості отримання лікувальних процедур. В 2,5% випадків (у 5 регіонах) не було спеціаліста відповідного профілю. Занадто довга черга мала місце в 1,7% випадків (в 5 регіонах).

Не мали можливості придбати необхідне медичне приладдя члени 293,3 тис. домогосподарств в 23 регіонах. Їх питома вага становила 6,6% від загальної чисельності домогосподарств із зниженою доступністю до охорони здоров'я. З них 95,2% не могли придбати приладдя внаслідок занадто високої вартості. У 20 регіонах висока вартість була єдиним фактором його недоступності. В 3 регіонах не завжди було в наявності необхідне медичне приладдя: в м. Києві ця причина зумовила 19,0%, в Рівненській області - 18,2%, в Черкаській області - 12,1% випадків його недоступності.

Результати аналізу даних соціологічних опитувань показали, що члени більше, ніж чверті усіх домогосподарств України при потребі не мають можливості отримати необхідні лікарські засоби, вироби медичного призначення та послуги у сфері охорони здоров'я, найбільш часто – внаслідок їх високої вартості. Ця причина зумовлює 80-100% випадків недоступності населенню різних видів медико-санітарної допомоги.

Методом рангової кореляції встановлено, що рівень сукупних ресурсів та грошових доходів домогосподарств в регіонах України не впливає на стан доступності охорони здоров'я внаслідок значних відмінностей між цінами на товари та послуги медичного призначення. Висока вартість зумовлює випадки недоступності медичних засобів та послуг в 2-12 разів частіше, ніж інші фактори, що вказує на пріоритетність розробки та реалізації державної політики регулювання їх цін.

Поряд з високою вартістю, зниження доступності медико-санітарної допомоги виникає в результаті відсутності необхідної кількості лікарських засобів та виробів медичного призначення внаслідок неврегульованості попиту та пропозиції на них, що вимагає державного регулювання забезпечення ними населення на регіональному рівні.

На зниження доступності медичної допомоги здійснює вплив ряд інших чинників, таких як черги на отримання медичної допомоги, відсутність спеціалістів та ліжок необхідного профілю, вільних місць у стаціонарі, які зумовлені недоліками в організації медичного забезпечення населення. На практиці спостерігається комбіноване поєднання



зазначених факторів.

Найбільш часто (85,1% усіх випадків недоступності охорони здоров'я) населення не має можливості отримати показані за станом здоров'я лікарські засоби. Доступність інших видів охорони здоров'я зростає у такому порядку: можливість відвідання лікаря, проведення медичних обстежень, протезування, лікування в стаціонарі, отримання окремих лікувальних процедур, придбання медичного приладдя.

З урахуванням результатів дослідження, пріоритетами державного управління слід визначити запровадження соціальних нормативів постачання в регіони лікарських засобів та виробів медичного призначення; нормативів соціально доступних цін на них та на медичні послуги; нормативів забезпечення населення ліжками для стаціонарного лікування; нормативів кадрового забезпечення населення; нормативів організації медичної допомоги.

Дотримання зазначених видів нормативів дасть змогу підвищити соціальну доступність медико-санітарної допомоги, зменшити диспропорції у доступності до охорони здоров'я різних соціальних груп населення.

Перспективи подальших розвідок полягають у розробці методології об'єктивного оцінювання стану доступності медичної допомоги.

*Стаття рекомендована до друку кафедрою соціальної і гуманітарної політики
Національна академія державного управління при Президентіві України
(протокол № 3 від 11 жовтня 2004 року)*



*Човак В.В.,
здобувач кафедри
державного управління і
менеджменту Національної
академії державного управління
при Президентіві України*

ІНСТИТУТИ ВЛАДИ ТА НЕУРЯДОВІ ОРГАНІЗАЦІЇ ГРОМАДЯНСЬКОГО СУСПІЛЬСТВА: ФОРМИ ЕКОНОМІЧНОГО СПІВРОБІТНИЦТВА

Ефективність взаємодії державного і недержавного секторів вимірюється і оцінюється інтенсивністю та глибиною контактів соціального партнерства. У статті аналізуються форми такого співробітництва.

Сфера співробітництва між інститутами влади та неурядовими організаціями (НУО) постійно розширюється. Про це свідчить і той факт, що у Доповіді ПРООН¹ про людський

¹ ПРООН – Програма розвитку Організації Об'єднаних Націй.