

**Н. Юристовська**

**ОРГАНІЗАЦІЙНО-ПРАВОВІ ЗАСАДИ ПУБЛІЧНОГО УПРАВЛІННЯ  
У СФЕРІ ПЕРВИННОЇ МЕДИКО-САНІТАРНОЇ ДОПОМОГИ  
СІЛЬСЬКОМУ НАСЕЛЕННЮ В УКРАЇНІ**

**Досліджено правові засади організаційної системи первинної медико-санітарної допомоги України. Акцентовано на особливостях організації сільської медицини. Визначено основні проблеми публічного управління у сфері надання первинної медико-санітарної допомоги сільському населенню на етапі реформування системи охорони здоров'я в Україні.**

**Ключові слова:** публічне управління, медичне обслуговування, первинна медико-санітарна допомога, Міністерство охорони здоров'я, фельдшерсько-акушерський пункт, амбулаторія, оптимізація медичних закладів, охорона здоров'я, сільське населення.

В умовах актуальності проблеми реформування системи охорони здоров'я України особливого значення набуває запровадження якісно нових підходів у організаційно-правових механізмах публічного управління у сфері надання медичних послуг у сільській місцевості, де на сьогодні через недоступність якісного медичного обслуговування тривалість життя на 2 роки нижча, аніж у місті.

Питання організації первинної медико-санітарної допомоги висвітлені в працях багатьох теоретиків та практиків, зокрема у роботах Я. Будузгана, З. Гладуна, О. Голяченко, Л. Жаліло, Д. Карамішева, В. Москаленко, Я. Радиша, І. Рожкової та інших. Окремі аспекти проблеми досліджують: В. Буртняк, Г. Василькова, І. Ващенко, В. Веселовський, О. Галацан, В. Гінзбург, Н. Гойда, Л. Діденко, А. Зозуля, О. Каневський, Л. Карпінська, О. Клубнікін, Н. Кондратюк, В. Короленко, Н. Кризіна, М. Крисько, В. Лисак, В. Лихотоп, П. Малиш, Л. Матюх, Р. Моїсеєнко, Н. Мотовиця, В. Мохорєв, К. Надугий, М. Олійника, М. Олійничук, П. Павлюк, О. Петряєва, В. Пологов, Л. Полікова, М. Олійничук, П. Павлюк, О. Петряєва, В. Пологов, О. Ременник, В. Руснак, Н. Свестун, Г. Слабкий, О. Толстанов, О. Торбас, С. Федоренко, С. Хотіна, М. Шевченко, І. Шкробанець, Р. Шніцер, Ю. Ященко. Однак у науці публічного управління недостатня увага приділяється питанням організації роботи сільської медицини.

Метою статті є дослідження організаційно-правових засад публічного управління у сфері надання первинної медико-санітарної допомоги сільському населенню в Україні.

На сьогодні в Україні зберігається успадкована від радянської системи охорони здоров'я трьохетапна система надання медичної допомоги, яка передбачає більш високий рівень спеціалізованої допомоги на кожному наступному етапі порівняно з попереднім. Умовно виділяють три етапи надання лікарської допомоги сільським жителям: первинну, вторинну і третинну.

Первинну медико-санітарну допомогу, яка є найбільш близькою для сільських жителів, забезпечує лікарська дільниця, що об'єднує роботу всіх розміщених на її території закладів охорони здоров'я: дільничних лікарень та амбулаторій, самостійних лікарських амбулаторій, фельдшерсько-акушерських пунктів (далі – ФАП) тощо. На першому етапі здійснюється комплекс лікувально-профілактичних, оздоровчих, протиепідемічних

заходів; поточний санітарний нагляд, забезпечується раннє виявлення інфекційних захворювань і проведення протиепідемічних заходів; здійснюються заходи з охорони здоров'я матері та дитини, зокрема патронаж вагітних, динамічне спостереження за дітьми та підлітками, прийняття пологів при нормальному перебігу вагітності; проводиться поточний санітарний нагляд за територією, об'єктами господарської діяльності, освітніми та виховними закладами; вивчається стан здоров'я населення [1].

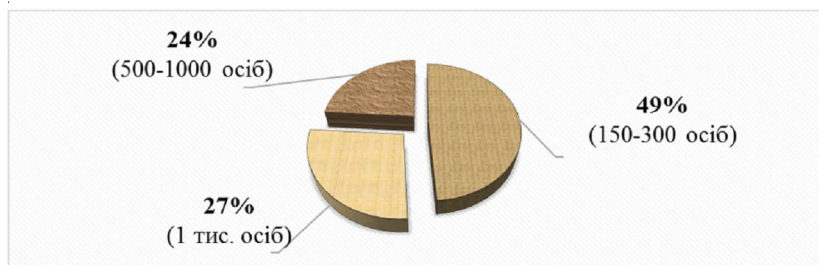
Вторинна медична допомога надається на рівні Центральних районних лікарень (далі – ЦРЛ), до яких належать районні лікарні, центр гігієни, епідеміології і громадського здоров'я, районні диспансери та інші медичні установи. Діяльність цих установ охоплює територію з радіусом обслуговування приблизно 40 км із таким розрахунком, щоб протягом однієї години була забезпечена транспортна доступність до будь-якого населеного пункту.

Третинна медична допомога, відповідно до “Основ законодавства України про охорону здоров'я”, надається лікарем або групою лікарів, які мають відповідну підготовку в галузі складних для діагностики і лікування захворювань, у разі лікування хвороб, що потребують спеціальних методів діагностики та лікування. До центрів третинної медичної допомоги в Україні належать обласні медичні заклади – багатопрофільні та спеціалізовані лікарні, спеціалізовані диспансери, республіканські спеціалізовані центри медичної допомоги. Ці заклади відрізняються значно кращим матеріальним і технічним забезпеченням, складністю структури та функцій. Однак в силу демографічних змін, які відбулися на селі протягом останніх десятиліть, сільське старіюче населення України через великі відстані до обласних центрів користується медичними послугами третинної високоспеціалізованої медичної допомоги у крайніх випадках.

Відповідно до Основ законодавства України про охорону здоров'я, мережа державних і комунальних закладів охорони здоров'я формується із урахуванням потреб населення у медичному обслуговуванні, необхідності забезпечення належної якості такого обслуговування, своєчасності, доступності для громадян, ефективного використання матеріальних, трудових і фінансових ресурсів [2].

Державне планування організації сільських лікарських дільниць враховує чисельність населення та особливості його розселення; площу території району; відстань між поселеннями; стан шляхів тощо. Найближчою медичною установою, куди звертається сільський житель, є ФАП. Такі пункти організуються в населених пунктах із числом жителів від 700 до 1000, а при відстані більш 7 км від населеного пункту – до 500 жителів. У сучасних умовах із тенденцією до зміни демографічної ситуації в країні ФАПи чи фельдшерські пункти можуть створюватися і в поселеннях, де проживає менше 200 жителів [3]. Такі критерії розташування ФАП, зберігаються у всіх країнах пострадянського простору. О. Тищенко і Г. Заборовський наводять дані, що у Білорусії, наприклад, згідно з існуючими нормативами обслуговування ФАП у середньому на сільській лікарській ділянці проживають від 6 до 15 тисяч населення при радіусі обслуговування до 10 км [4]. Завдяки таким підходам розташування ФАП у найбільш віддалених від лікарні населених пунктах первинна медична допомога для сільських жителів є доступнішою.

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) (рис. 1). А із 800 ФАПів Волинської області – 31 фельдшер обслуговує села із населенням менше 100 жителів і 6 – менше 60 жителів [5].



**Рис. 1. Фельдшерські і фельдшерсько-акушерські пункти в Україні за кількістю сільського населення**

Надання первинної медичної допомоги сільському населенню здебільшого забезпечує сільська лікарська дільниця. На персонал сільських фельдшерсько-акушерських пунктів, який складається переважно із завідувача-фельдшера, патронажної сестри (акушерки) і санітарки, припадає великий обсяг роботи. Л. Белінкіна, Г. Гук, О. Корконішко, Р. Поцюрка визначають три основні напрями роботи персоналу ФАПів:

1) лікувально-профілактична допомога населенню: амбулаторний прийом хворих, надання допомоги на дому, виконання призначень лікаря, участь у диспансеризації хворих на хронічні захворювання та осіб із факторами ризику, організація експертизи тимчасової втрати працездатності; медичне обслуговування дитячих дошкільних установ та початкових шкіл, які не мають у своєму складі медпрацівників;

2) охорона материнства та дитинства: патронаж вагітних і дітей, медична допомога роділлям та породіллям, диспансерне спостереження за дітьми;

3) санітарно-протиепідемічні заходи: виявлення інфекційних захворювань, організація та проведення поточної дезінфекції, спостереження за особами, що були в контакті з інфекційними хворими, проведення профілактичних щеплень, здійснення заходів із дегельмінтизації, проведення поточного санітарного нагляду, здійснення санітарно-просвітньої роботи, здійснення заходів щодо профілактики сільськогосподарського травматизму та отруєння отрутохімікатами [6]. Зауважимо, що у малонаселених селах весь обсяг роботи виконує тільки один фельдшер.

Те, що на фельдшерські та фельдшерсько-акушерські пункти припадає основна частка медичного обслуговування сільських жителів, підтверджується і статистичними даними Міністерства охорони здоров'я (рис. 2).



**Рис. 2. Відношення медичних послуг для сільських жителів, що надаються закладами первинної, вторинної і третинної ланок**

До лікарських установ, які обслуговують сільське населення, також належать амбулаторії, у компетенції яких – самостійне проведення експертизи тимчасової непрацездатності; проведення відбору хворих для отримання санаторно-курортного лікування; виписування пацієнтам лікарських засобів на рецептурних бланках суворої звітності [7]. Наказом Міністерства охорони здоров'я 2012 р. амбулаторіям також надано право роздрібною торгівлі лікарськими засобами. Відповідальним за організацію лікувально-профілактичної допомоги, санітарно-епідеміологічний стан дільниці є головний лікар дільничної лікарні (амбулаторії), який координує діяльність інших лікарів району обслуговування, а також здійснює керівництво середнім медичним персоналом ФАПів.

Відповідно до Положення про амбулаторію, у сільській місцевості вона створюється із розрахунку на 1000 сільських жителів (для порівняння – у місті з населенням понад 1500 осіб. Однак кількість сільських лікарських амбулаторій є вкрай малою – майже 200 закладів, що обслуговують населення менше 1000 осіб. Найбільше їх у Харківській, Полтавській, Дніпропетровській областях. Ще меншою є статистика дільничних лікарень, що обслуговують сільське населення менше 1,5 тис. осіб – усього 41 лікарня (найбільше – у Житомирській області) [8].

Обсяг і якість амбулаторної допомоги на сільській дільниці залежить від укомплектування штатних посад, кваліфікації персоналу, матеріально-технічного забезпечення, налагодження взаємозв'язків із ЛПЗ наступних етапів. На практиці в амбулаторії працюють від одного до декількох (здебільшого 4 – 8) лікарів загальної практики – сімейних лікарів (далі – лікар ЗП-СЛ). У разі відсутності достатньої кількості підготовлених лікарів ЗП-СЛ, лікарські посади в амбулаторії можуть обіймати лікарі-терапевти дільничні та лікарі-педіатри дільничні. Відповідно до наказу МОЗ України № 33 від 23.02.2000 р., на 1000 дорослого населення передбачено 0,6 посади терапевта та 0,25 посади стоматолога, на 1000 дитячого – 1,25 посади педіатра та 0,25 посади стоматолога. Посади акушерів-гінекологів і хірургів встановлюють за умови, що чисельність населення на дільниці буде перевищувати 10 тис. [9].

У сільських дільницях здебільшого лікують хворих терапевтичного профілю. Значну частину сільських пацієнтів, серед яких переважають одинокі люди похилого віку, що потребують догляду та проведення підтримуючого лікування, госпіталізують не стільки за медичними, скільки за соціальними показами. Частка таких хворих коливається в межах 40 – 60%.

Вторинну спеціалізовану медичну допомогу сільське населення одержує, здебільшого, у центральних районних лікарнях, яких на сьогодні в Україні налічується 488, у яких зосереджено 25% усього ліжкового фонду держави. З метою ефективного використання існуючого ліжкового фонду стаціонарів, матеріальних і фінансових ресурсів та задоволення потреб населення у медичній допомозі Міністерство охорони здоров'я спільно з Українським інститутом громадського здоров'я розробили науково-обґрунтовані нормативи потреб у стаціонарній медичній допомозі дітям, вагітним, роділлям, породіллям та гінекологічним хворим. Постановою Кабінету Міністрів України 1997 р. встановлений середній норматив потреби для України у стаціонарній медичній допомозі у межах 80 ліжок для дорослих та 12,5 для дітей на 10 тис. населення [10].

Такій системі первинної медико-санітарної допомоги, яка була успадкована в Україні від Радянського Союзу, на сьогодні, в умовах демографічної та економічної кризи, властиві системні недоліки, що зумовлюють обмеженість її ролі в наданні медичної

допомоги і недостатній вплив на здоров'я населення, а відтак низьку ефективність системи охорони здоров'я загалом.

По-перше, успадковані на початку 90-х рр. ХХ ст. фельдшерсько-акушерські пункти на селі не відповідають реаліям стандартів державного планування організації сільських лікарських дільниць на основі чисельності населення, бо кількість сільських жителів суттєво знижується. Доцільно зауважити, що за даними Державної служби статистики України, кількість сільських жителів у 2015 р., порівняно з 2013 р., зменшилась на 1 млн осіб [11] (рис. 3). З одного боку, утримувати за бюджетні кошти медперсонал ФАПу у кожному селі, особливо у депресивних селах, де кількість жителів становить 200 – 300 осіб, є нерентабельним і існує економічна доцільність закриття таких пунктів. А з іншого – це позбавить старих немічних пенсіонерів будь-якої медичної опіки, бо вони потребують оперативної медичної допомоги, а в умовах бездоріжжя, відсутності транспорту, а нерідко і телефонного зв'язку, обмежених фінансів стане практично неможливим звернення старіючого населення за допомогою до найближчих центрів охорони здоров'я.

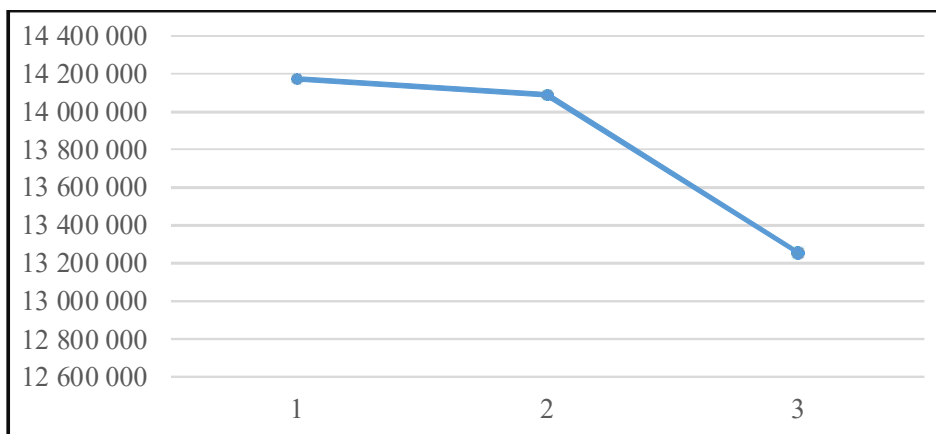


Рис. 3. Спад приросту сільського населення в Україні протягом 2013, 2014 та 2015 рр.

По-друге, фізичний стан приміщень, у яких розташовані фельдшерські та фельдшерсько-акушерські пункти, та медичне обладнання за 25 років суттєво застаріли. Лише поодинокі заклади та підрозділи первинної медико-санітарної допомоги оснащені відповідно до затверджених 2012 р. табелів, які також не відповідають сучасним інноваційним підходам [12]. Як зауважує О. Ромашкіна, кожний п'ятий фельдшерсько-акушерський пункт та кожна десята сільська амбулаторія оснащені лише частково [13].

По-третє, на сільського фельдшера випадає надмірне навантаження, яке не є у прямій залежності від кількості жителів села, бо це здебільшого – старі люди, які займаються важкою фізичною працею в аграрній сфері, не мають відповідних комфортних умов, а тому часто хворіють. Треба зауважити, що до посадових обов'язків, згідно з інструкцією фельдшера, належать такі обов'язки:

– здійснювати прийом пацієнтів у медичному пункті, а також спостереження та обслуговування дорослих і дітей на дому з веденням відповідної звітності;

- надавати невідкладну первинну медичну допомогу в нещасних випадках чи травмуваннях;
- брати участь у диспансеризації пацієнтів;
- здійснювати (при відсутності лікаря-акушера) патронаж вагітних жінок, а також дітей із народження і до виповнення одного року;
- проводити заходи щодо своєчасності виконання щеплень;
- здійснювати контроль над санітарним станом неблагополучних сімей.

До обов'язків фельдшера належать: раннє виявлення хворих і своєчасне їх направлення до відповідних лікарів-спеціалістів, виконання рекомендацій лікарів із диспансеризації і лікування хворих та проведення процедур. Потрібно також звернути увагу, що на практиці прийом пацієнтів у селі відбувається не за графіком, а за показниками стану здоров'я жителів, у будь-яку пору дня, зокрема трапляються випадки, коли сільського медичного працівника просять відвідати хворого і вночі. До того ж, сільському медику доводиться також працювати на приватній присадибній ділянці. Тому природньо, що молодь не бажає працювати у сільській місцевості. Через брак медичних кадрів сільські медичні пункти часто доводиться закривати, як це трапилось у с. Суха Долина, що на Львівщині [14].

По-четверте, нерентабельною виявилась і система районних лікарень, де для обслуговування незначної кількості ліжок-місць (наприклад, у Первомайському районі Миколаївської обл. – 50 ліжок денного стаціонару та [15]) доводиться утримувати значну кількість лікарського та управлінського персоналу.

Унаслідок низького рівня ефективності функціонування закладів охорони здоров'я державної та комунальної форм власності постало питання необхідності реформування системи охорони здоров'я в Україні й оптимізація мережі первинної медико-санітарної допомоги. Відповідно, влітку 2011 р. Міністерством охорони здоров'я України розроблено Методичні рекомендації з прогнозування потреби закладів охорони здоров'я України у медичних кадрах на довгострокову перспективу [16]. Мережа ФАПів та ФПів об'єднувалась Центром медико-санітарної допомоги (далі – ЦМСД) зі статусом юридичної особи, який, як правило, охоплював обслуговуванням сільське населення однієї адміністративно-територіальної одиниці. У мережі ЦМСД запроваджувався інститут сімейного лікаря [17].

7 липня 2011 р. прийнято відповідний закон про реалізацію у Вінницькій, Дніпропетровській, Донецькій областях та місті Києві пілотного проекту, яким розпочато формування нової моделі системи охорони здоров'я, запровадження нових організаційно-правових та фінансово-економічних механізмів, необхідних для підвищення ефективності та доступності медичного обслуговування населення. У подальшому, за умови позитивних результатів провадження реформ, цей досвід може бути використано на території всієї України.

Реалізація пілотного проекту передбачала:

- створення на базі існуючих медичних закладів центрів первинної медичної (медико-санітарної) допомоги;
- перепрофілювання закладів охорони здоров'я, що надають вторинну (спеціалізовану) медичну допомогу, і організація діяльності госпітальних округів для надання населенню вторинної (спеціалізованої) медичної допомоги;
- створення центрів екстреної медичної допомоги;

– перерозподіл ресурсів та розмежування видатків між місцевими бюджетами за видами медичної допомоги;

– запровадження з 2012 р. системи індикаторів якості первинної, вторинної (спеціалізованої), третинної (високоспеціалізованої) та екстреної медичної допомоги.

Згаданий закон змінював підходи до розуміння первинної медичної допомоги, яка у пілотних регіонах розглядалася як “вид медичної допомоги, що надається пацієнту в амбулаторних умовах або за місцем проживання чи перебування лікарем загальної практики – сімейним лікарем і передбачає надання консультації, проведення діагностики та лікування найбільш поширених хворіб, травм, отруєнь, патологічних, фізіологічних (під час вагітності) станів, здійснення профілактичних заходів; ... надання невідкладної медичної допомоги при гострому розладі фізичного чи психічного здоров'я пацієнта; проведення медичної експертизи тимчасової втрати працездатності; направлення його відповідно до медичних показань для надання йому вторинної (спеціалізованої) або третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги. На базі існуючих медичних закладів створювались центри первинної медичної (медико-санітарної) допомоги, які засновувались як комунальні некомерційні підприємства або комунальні некомерційні установи без мети одержання прибутку [18].

Однак назагал реформування системи охорони здоров'я зіткнулося із труднощами впровадження, які найперше були пов'язані із бюрократизованістю і формалізмом. Заступник головного лікаря Вінницької центральної районної клінічної лікарні В. Щербань, аналізуючи, як запропоновані державно-управлінські механізми працюють на практиці, звертає увагу на те, що за допомогою реформи впроваджено неефективну забюрократизовану систему подвійного адміністрування окремих структурних підрозділів на одній адміністративній території [19].

Найперше реформування системи охорони здоров'я, яке було спрямоване на модернізацію і забезпечення належних умов та матеріально-технічного забезпечення діяльності медичних установ та їх оптимізацію, негативно позначилось на сільській медицині. Державна політика оптимізації системи охорони здоров'я протягом 2012 – 2014 рр. на практиці зводилась до масового закриття медичних закладів та скорочення кількості їх працівників, що, своєю чергою, погіршувало доступ сільських жителів до медичних послуг та обмежує їх конституційне право на охорону здоров'я. Зауважимо, що будь-які дії щодо зменшення обсягів надання медичної допомоги та скорочення мережі закладів охорони здоров'я суперечать ст. 49 Конституції України. Для прикладу, у Чернігівській області, яка найбільше постраждала від Чорнобильської катастрофи, ліквідовано Степанівську та Шаповалівську дільничні лікарні Борзнянського району. Під загрозою закриття опинилися десятки інших медичних закладів, зокрема кабінет дитячої консультації при державному закладі “Вузлова поліклініка станції Бахмач Південно-Західної залізниці”, Комарівська дільнична лікарня Борзнянського району, Рубанівська дільнична лікарня Бахмацького району, Орлівська дільнична лікарня Куликівського району, Лосинівська дільнична лікарня Ніжинського району, Макіївська дільнична лікарня Носівського району тощо. Сільські жителі скаржились, що така державна політика щодо медичного забезпечення сільського населення все більше нагадує позбавлення від баласту, яким є соціально-незахищене сільське населення [20].

У лютому 2014 р. Верховна Рада України за поданням народних депутатів України. І. Куровського та О. Ляшка прийняла Закон “Про введення мораторію на ліквідацію та реорганізацію закладів охорони здоров’я” [21]. У пояснювальній записці до проекту згаданого закону йшлося, що пілотні проекти з реформування охорони здоров’я, в рамках яких державні чиновники відомства шукають способи економії бюджетних коштів, себе не випрадали: “Замість системної роботи, направленої на забезпечення належних умов та матеріально-технічного забезпечення діяльності медичних установ, реформування в Україні зводиться до масового закриття медичних закладів та скорочення кількості їх працівників” [22]. Встановлювалась заборона безпосередньої ліквідації лікарень, поліклінік, амбулаторій, фельдшерсько-акушерських пунктів (зокрема тих, які розташовані на території сільських та селищних рад) та інших медичних закладів державної та комунальної форм власності, а також заборона на реорганізацію закладів охорони здоров’я, що призводить до зміни їх головного призначення та скорочення кількості працівників і зменшення кількості ліжок-місць. Однак введення мораторію на ліквідацію та реорганізацію закладів охорони здоров’я ставило під загрозу подальше реформування публічного управління в галузі охорони здоров’я та унеможливило формування оптимальної мережі закладів охорони здоров’я державної та комунальної форм власності та ефективного використання наявних ресурсів галузі. До того ж, подальша ескалація конфлікту на Сході України і потреби виділення додаткових бюджетних коштів на озброєння та матеріальне забезпечення Збройних сил України вимагали скорочення бюджетних видатків на цивільне населення. Відповідно, наприкінці 2014 р. Закон України “Про введення мораторію на ліквідацію та реорганізацію закладів охорони здоров’я” було скасовано конституційною більшістю – 311-ма голосами народних депутатів [23].

Таким чином, в Україні склалася ситуація, коли, з одного боку, неефективна модель фінансового забезпечення посилює структурну неефективність системи загалом, а тому вся система охорони здоров’я вимагає докорінної модернізації та відповідно, оптимізації медичних закладів у сільській місцевості. З іншого боку, структура сільського населення вимагає збереження у кожному населеному пункті (зокрема і у малонаселених селах) збереження старої системи первинної медико-санітарної медицини, яка забезпечується фельдшерськими пунктами. У таких умовах Міністерство охорони здоров’я України запропонувало проект Концепції реформи фінансування системи охорони здоров’я України з урахуванням кращого сучасного світового досвіду реформування систем охорони здоров’я, який підтримують ВООЗ та інші міжнародні організації, що опікуються проблемами ефективності систем охорони здоров’я в усьому світі [24]. Однак у проекті згаданої концепції не враховуються специфічні потреби сільської медицини. Можна спрогнозувати, що реорганізація закладів охорони здоров’я, яка буде здійснюватися на підставі рішення органу державної влади чи місцевого самоврядування, до сфери управління якого належить заклад охорони здоров’я, на практиці призведе до подальшого закриття нерентабельних сільських ФАПів, що поглибить незадовільний стан охорони здоров’я у сільській місцевості.

Регламентация організації публічного управління у сфері охорони здоров’я повинна враховувати особливості функцій і завдань сільської медицини, для виконання і здійснення яких вона має бути пристосована. Однак фактори, що визначають розходження між містом і селом, впливають на організаційні форми і методи роботи сільських медичних установ: тип розселення жителів, радіус



обслуговування, сезонність робіт, вплив погодних умов при польових роботах, специфічні умови трудового процесу, неупорядкованість господарсько-побутової діяльності і побутових умов, регіонально-національні особливості та звичаї, освітній і культурний рівень тощо. Тому, на нашу думку, у процесі реформування системи охорони здоров'я в Україні, з метою попередження негативних наслідків майбутньої реформи, потрібно розробити окремі правові положення щодо організації власне сільської медицини. Зокрема вважаємо, що оптимізація мережі сільських лікарських установ можлива за умови новітніх підходів щодо організації регулярних виїзних медичних оглядів у віддалених та малонаселених селах, де утримування ФАПів є нерентабельним. Для цього треба розробити і прийняти нормативно-правові акти, які б визначали порядок роботи виїзних медичних бригад із центральних районних клінік та обсяг надання ними медичних послуг. З огляду на те, що у сільській місцевості проживає значна частина самотніх людей похилого віку, доцільно також вивчити можливість передачі стаціонарів дільничних лікарень до соціальної служби та організації на їх базі територіальних центрів соціальної допомоги.

### Список використаної літератури

1. Положення про фельдшерсько-акушерський/фельдшерський пункт / затверджено Наказом МОЗ України № 755 від 04.11.2011 р. [Із змінами, внесеними згідно з Наказом МОЗ № 813 від 17.10.2012 р.] [Електронний ресурс]. — Режим доступу : <http://zakon4.rada.gov.ua/laws/show/z1486-11>.

2. Основи законодавства України про охорону здоров'я [Електронний ресурс] : Закон України № 2801-ХІІ від 19.11.1992 р. — Режим доступу : <http://zakon3.rada.gov.ua/laws/show/2801-12>.

3. Організація лікувально-профілактичної допомоги сільському населенню – проблеми та перспективи [Електронний ресурс]. — Режим доступу : [medbib.in.ua/organizatsiya-lechebno-profilakticheskoy3179](http://medbib.in.ua/organizatsiya-lechebno-profilakticheskoy3179).

4. Тищенко О. М. Громадське здоров'я та охорона здоров'я [Електронний ресурс] : навч. посіб. / О. М. Тищенко, Г. І. Заборовський. — Режим доступу : <http://medbib.in.ua/obschestvennoe-zdorove-zdravoohranenie.html>.

5. Погребський Т. Ресурсне забезпечення системи охорони здоров'я Волинської області [Електронний ресурс] / Т. Г. Погребський ; Харківський національний університет імені В. Н. Каразіна. — Режим доступу : <http://dspace.univer.kharkov.ua/handle/123456789/9880>.

6. Організація роботи і обсяг невідкладної медичної допомоги на фельдшерсько-акушерському пункті [Текст] : навч. посіб. / Л. Т. Белінкіна, Г. Ю. Гук, О. М. Корконішко [та ін.] ; за ред. Р. І. Поцюрка. — К. : Медицина, 2014. — 135 с.

7. Положення про амбулаторію : затверджено Наказом МОЗ України № 755 від 04.11.2011 р. [Із змінами, внесеними Наказом МОЗ № 813 від 17.10.2012 р.] [Електронний ресурс]. — Режим доступу : <http://zakon4.rada.gov.ua/laws/show/ru/z1485-11>.

8. Медико-демографічна ситуація та основні показники медичної допомоги в регіональному аспекті: підсумки діяльності у 2011 році [Текст] / авт. кол. [В. Бойко, М. Бортко та ін.]. — К. : МОЗ України, 2012. — 192 с.

9. Про штатні нормативи та типові штати закладів охорони здоров'я [Електронний ресурс] : Наказ Міністерства охорони здоров'я України № 33 від 23.02.2000 р. [Із наступними змінами]. — Режим доступу : [http://www.moz.gov.ua/ua/portal/dn\\_20000223\\_33n.html](http://www.moz.gov.ua/ua/portal/dn_20000223_33n.html).

10. Про затвердження нормативів потреб у стаціонарній медичній допомозі в розрахунку на 10 тисяч населення [Електронний ресурс] : Постанова Кабінету Міністрів України № 640 від 28 червня 1997 р. — Режим доступу : [http://www.moz.gov.ua/ua/portal/dn\\_19980324\\_74.html](http://www.moz.gov.ua/ua/portal/dn_19980324_74.html).

11. Чисельність наявного населення України на 1 січня 2015 року [Електронний ресурс] / Державна служба статистики України. — Режим доступу : [http://database.ukrcensus.gov.ua/PXWEB2007/ukr/publ\\_new1/2015/zb\\_nas\\_14.pdf](http://database.ukrcensus.gov.ua/PXWEB2007/ukr/publ_new1/2015/zb_nas_14.pdf).

12. Примірний табель оснащення лікувально-профілактичних підрозділів закладів охорони здоров'я, що надають первинну медичну (медико-санітарну) допомогу [Електронний ресурс] : Додаток до наказу МОЗ України № 132 від 23.02.2012 р. — Режим доступу : <http://zadetey.org.ua/wp-content/uploads/2012-132.pdf>.

13. Ромашкіна О. Хто вирішить питання оснащення сільських ФАПів та амбулаторій [Електронний ресурс] / О. Ромашкіна. — Режим доступу : <http://www.golos.com.ua/article/257958>.

14. Залишитися без фельдшерсько-акушерського пункту бояться жителі села Суха Долина, що на Львівщині // ЗІК [Електронний ресурс]. — 2016. — 8 лют. — Режим доступу : <http://zik.ua/tv/video/34081>.

15. Первомайський районний центр первинної медико-санітарної допомоги [Електронний ресурс]. — Режим доступу : <http://oblzdrav.mk.gov.ua/index.php/rayonni-crmsd/pervomayskiy-crmsd>.

16. Про затвердження Методичних рекомендацій з прогнозування потреби закладів охорони здоров'я України у медичних кадрах на довгострокову перспективу [Електронний ресурс] : Наказ МОЗ України № 512 від 15.08.2011 р. — Режим доступу : [http://www.moz.gov.ua/ua/portal/dn\\_20110815\\_512.html](http://www.moz.gov.ua/ua/portal/dn_20110815_512.html).

17. Модель наступності медичної допомоги сільському населенню в умовах впровадження сімейної медицини [Текст] : метод. реком. / МОЗ України, ДУ “Укр. ін-т стратегічних досліджень МОЗ України” ; уклад. : В. Л. Весельський, В. Г. Слабкий, Ю. Б. Ященко [та ін.]. — К. : [б. в.], 2010. — 19 с.

18. Про порядок проведення реформування системи охорони здоров'я у Вінницькій, Дніпропетровській, Донецькій областях та місті Києві [Електронний ресурс] : Закон України № 3612-VI від 07.07.2011 р. — Режим доступу : <http://zakon5.rada.gov.ua/laws/show/3612-17>.

19. Щербань В. Пілотний експеримент – на марші [Електронний ресурс] / В. Щербань. — Режим доступу : <http://www.vz.kiev.ua/pilotnij-eksperiment/06/02/15>.

20. Петренко В. Владислав Атрошенко підтримав мораторій на ліквідацію та реорганізацію закладів охорони здоров'я / В. Петренко // Чернігівщина: Події і коментарі [Електронний ресурс]. — Режим доступу : <http://pik.cn.ua/print/3719>.

21. Про введення мораторію на ліквідацію та реорганізацію закладів охорони здоров'я [Електронний ресурс] : Закон України № 772-VII від 23.02.2014 р. — Режим доступу : <http://zakon5.rada.gov.ua/laws/show/772-18>.

22. Про прийняття за основу проекту Закону України про введення мораторію на ліквідацію та реорганізацію закладів охорони здоров'я [Електронний ресурс] : Постанова Верховної Ради України № 276-VII від 17.05.2013 р.. — Режим доступу : <http://zakon5.rada.gov.ua/laws/show/276-vii>.

23. Про внесення змін та визнання такими, що втратили чинність, деяких законодавчих актів України [Електронний ресурс] : Закон України № 76-VIII від 28.12.2014 р. — Режим доступу : <http://zakon4.rada.gov.ua/laws/show/76-19>.

24. Концепція реформи фінансування системи охорони здоров'я України : підготовлена робочою групою з питань реформи фінансування охорони здоров'я при МОЗ України [Електронний ресурс]. — Режим доступу : [http://moz.gov.ua/docfiles/pre\\_20160205\\_0\\_dod.pdf](http://moz.gov.ua/docfiles/pre_20160205_0_dod.pdf).

*Стаття надійшла до редакції 23.08.2016*

*Схвалена до друку редколегією 20.09.2016*

**N. Yurystovska**

**ORGANIZATIONAL AND LEGAL FRAMEWORK FOR PUBLIC MANAGEMENT  
IN RENDERING PRIMARY MEDICAL-SANITARY AID  
TO THE RURAL POPULATION IN UKRAINE**

**The legal framework of the organizational system of primary medical-sanitary aid in Ukraine is examined. The organizational characteristics of rural medicine are stressed. The main problems of public management in rendering primary medical-sanitary aid to the rural population are defined in light of healthcare reform in Ukraine.**

**Key words: public management, medical care, primary medical-sanitary aid, Ministry of healthcare, feldsher-midwife station, ambulance station, optimization of medical institutions, healthcare, rural population.**