

Н. Юристовська

**ТЕОРЕТИЧНІ АСПЕКТИ ДЕРЖАВНОГО ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ РІВНИХ
МОЖЛИВОСТЕЙ ДОСТУПУ ДО МЕДИЧНИХ ПОСЛУГ ТА ДОСТУПНОСТІ
МЕДИЧНОГО ОБСЛУГОВУВАННЯ СІЛЬСЬКОГО НАСЕЛЕННЯ**

Розглянуто теоретичні питання публічного управління, спрямованого на подолання нерівності у сфері медичного обслуговування міських і сільських жителів. На основі аналізу наукової вітчизняної та зарубіжної літератури, а також законодавчих джерел систематизовано та уточнено понятійно-термінологічний апарат. З'ясовано дефініції “медичне обслуговування”, “медична допомога”, “медична послуга”, “медичний сервіс”, “доступ до медичних послуг”, “доступність медичного обслуговування”, “соціальні детермінанти здоров'я”. Класифіковано чинники, які утруднюють забезпечення рівності у сфері медичного обслуговування сільського населення. Обґрунтовано, що у доступності медичного обслуговування сільського населення згадані дефініції обумовлюють визначення співвідношення економічних можливостей наявної у сільській місцевості медичної інфраструктури та реальних потреб у медичних послугах сільського населення. Доведено, що державне забезпечення рівного доступу до медичних послуг сільського населення потребує координації органів влади на різних рівнях: вертикальних – між місцевими адміністраціями і центральними органами влади; горизонтальних – міжсекторального партнерства та співпраці між територіальними громадами.

Ключові слова: доступ до медичних послуг, доступність медичного обслуговування, сільське населення, публічне управління, координація діяльності органів влади на різних рівнях, міжсекторальне партнерство.

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 – комплексна політична, економічна, соціальна і медична категорія, що інтегрує індивідуальне здоров'я громадян, обумовлене 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].

Державна політика в сфері охорони здоров'я формується і реалізується відповідно до стратегічних напрямів, визначених Всесвітньою організацією охорони здоров'я (далі – ВООЗ). На 17-ій 1963 р. (Нью-Йорк) і 35-ій 1983 р. (Венеція) сесіях ВООЗ визначено 12 принципів організації охорони здоров'я для будь-якої національної системи, які впливають із позиції повного дотримання прав людини [2]. Ці правила однаковою мірою поширюються як у міській, так і у сільській місцевостях. Вони ґрунтуються на позиції, 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 Хельсінкської 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 такою ж мірою, як аналогічна система в містах. Основи політики досягнення здоров'я для всіх у Європейському регіоні визначені також у програмному документі ЄРБ ВООЗ "Здоров'я для всіх у XXI столітті".

Актуальність проблеми подолання нерівності у сфері медичного обслуговування міських і сільських жителів обумовлює посилений інтерес до наукового обґрунтування необхідних управлінських заходів. Існує посилений інтерес до цієї проблеми з боку Європейської Комісії та відповідних агентств. На актуальності проблеми державного регулювання організації надання доступної і якісної медичної допомоги населенню звертається увага в численних наукових дослідженнях та узагальненнях О. Баєвої, М. Білінської, З. Гладуна, Д. Карамішева, О. Корвецького, Б. Лемішка, В. Лехан, В. Москаленка, З. Надюка, С. Петрової та інших. Згаданим проблемам також приділяють увагу вітчизняні теоретики та практики, а саме: Я. Будузган, З. Гладун, О. Голяченко, Л. Жаліло, Д. Карамішев, В. Москаленко, Я. Радиш, І. Рожкова, Т. Заяць, Г. Краєвська, І. Чкан. Серед зарубіжних дослідників, які вивчають різноманітні управлінські аспекти медичного обслуговування населення, заслуговують на увагу дослідження Д. Адамсона, Т. Акопяна, Д. Голдмана, Х. Ейбнера, Т. Кахура, Т. Лай, Т. Макарової, Х. Местаса, М. Назаретяна К. Страуме, Т. Хабіхта, М. Херда, Д. Шоу та інших. Однак серед великої кількості наукової літератури з публічного управління в сфері охорони здоров'я недостатня увага приділяється проблемам розвитку медичної інфраструктури у селі та державного забезпечення рівного доступу до медичного обслуговування сільського населення.

Для з'ясування концептуальних підходів у публічному управлінні в сфері забезпечення рівних можливостей різних категорій населення у сфері медичного обслуговування важливими є систематизація та уточнення термінологічного апарату. На це, зокрема, звертають увагу у своїх дослідженнях О. Баєва, М. Білінська, Л. Бондарева, О. Виноградов, О. Голяченко, Д. Карамішев, З. Надюк, Н. Солоненко, О. Шапгала та інші.

Найперше важливо з'ясувати саме поняття "медичного обслуговування", яке в Основах законодавства України про охорону здоров'я визначається 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]. Однак, на нашу думку, таке трактування згаданого поняття не є повним, оскільки не розкриває сутності і напрямків цього виду діяльності. Так, у чинному в Україні законодавстві наголошується, що медичне обслуговування "не обов'язково обмежується медичною допомогою", але не зазначається, який ще вид діяльності закладів охорони здоров'я належить до категорії медичного обслуговування.

Доцільно зауважити, що окрім терміна "медична допомога", дослідники публічного управління у сфері охорони здоров'я використовують також поняття "медична послуга", яке, однак, не має в літературі однозначного трактування. Унаслідок трансформаційних змін у сфері охорони здоров'я України і з огляду на те, що у нових соціально-економічних умовах модель організації надання медичної допомоги за системою М. Семашко є неспроможною забезпечити населення якісною медичною допомогою, все більше дослідників пропонують розглядати категорію "медична

допомога” у контексті соціального виміру, а категорію “медична послуга” – в економічному вимірі. Такої думки дотримуються Л. Бондарева і О. Виноградов, які вважають, що згадані терміни є різними за своєю суттю і відображають різні за змістом поняття [4, 5]. Зокрема, на думку Л. Бондаревої, “медична допомога” має соціальне спрямування, оскільки стосується споживачів (хворих, постраждалих, травмованих), а “медична послуга” відображає економічну складову “медичної допомоги”, оскільки стосується виробників (постачальників, надавачів, провайдерів) медичних послуг [6]. Зауважимо, що віднесення поняття “медична послуга” до економічної категорії, яка має певну вартість, підтверджується і Законом України “Про захист прав споживачів”, у якому “послуга” визначається 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” [7].

Однак зауважимо, що дефініція “медична послуга” не має правового визначення у чинному правовому полі України. Натомість в Основах законодавства України про охорону здоров’я закріплено, 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” [8].

На актуальності визначення дефініції “медична послуга” та доцільності її законодавчого врегулювання для ефективного проведення реформ системи охорони здоров’я в умовах ринкової економіки наголошують законотворці: І. Сисоєнко, Р. Семенуха, Т. Кремінч, К. Яриніч, О. Кириченко та І. Цанько. Згадані автори пропонують внести до Основ законодавства України про охорону здоров’я таке визначення поняття: “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)”. Відповідно зміниться і визначення поняття “медичної допомоги” – як “комплексу 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” [9].

Ми не погоджуємося із таким трактуванням медичної послуги та медичної допомоги, оскільки як послуга, так і допомога мають визначену вартість (ціну) і можуть бути як платними, так і безоплатними. Тому будемо використовувати термін “медична послуга” у тому значенні, як її розуміють західні вчені, тобто як весь медичний сервіс, який можуть надати заклади охорони здоров’я та приватні медики, незалежно від їхньої власності та форм економічної діяльності.

Таким чином, можна вважати, 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 відповідну ліцензію.

Для з’ясування концептуальних підходів у публічному управлінні в сфері забезпечення рівного доступу до медичного обслуговування сільського населення важливо визначити поняття “доступ до медичних послуг” і “доступність медичного

обслуговування”. На основі аналізу наукових джерел нами встановлено, що єдиного підходу до трактування цих дефініцій не існує. У вітчизняній літературі з державного управління в сфері охорони здоров’я здебільшого розглядається термін “доступність медичної допомоги”. Так, Н. Фойгт розглядає “доступність” як нормативно врегульовану та організаційно забезпечену можливість надання/отримання без перепон необхідної медичної допомоги [10]. Л. Бондарєва у своєму дисертаційному дослідженні подає визначення, що “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” [11].

Натомість західні вчені чітко розмежовують поняття “доступу до медичних послуг” та “доступності медичних послуг”. Науковці Королівського коледжу в Лондоні М. Гулліфорд, Дж. Фігероа-Муньос, М. Морган, Д. Хьюз, У. Гібсон, Р. Бук, М. Хадсон “доступом до медичних послуг” вважають загальний запас послуг, які може надати своїм громадянам система охорони здоров’я певної країни – певне медичне “меню”, тоді як “доступність медичних послуг” визначає ступінь можливостей певної категорії населення отримати певну медичну послугу залежно від фінансових, організаційних, соціальних або культурних бар’єрів, які обмежують використання послуг. На їхню думку, доступність послуг, а також бар’єри для доступу повинні розглядатися в контексті різних думок: медико-санітарних потреб, а також матеріальних і культурних установок різних груп у суспільстві [12].

З огляду на відсутність єдиних підходів до трактування охарактеризованих вище дефініцій, будемо використовувати поняття “рівних можливостей доступу до медичних послуг” та “доступності медичного обслуговування”.

У прийнятому на 40-ій Всесвітній медичній асамблеї 1988 р. Положенні доступність медичного обслуговування визначається як “багатовимірне поняття, яке включає баланс багатьох факторів в рамках жорстких практичних обмежень, викликаних особливостями ресурсів і можливостей країни”. Забезпечення рівності у сфері медичного обслуговування різних категорій населення обумовлюється такими чинниками:

- 1) кадрами, оптимальним співвідношенням між медиками-професіоналами і медичними працівниками, яке могло б ефективно задовольняти потреби населення;
- 2) плюралістичною системою фінансування, що включає елементи як громадського, так і приватного фінансування та ґрунтується на стандартах однакового підходу і адекватних механізмах оплати;
- 3) транспортними засобами доставки високопрофесійних медичних фахівців і технічних засобів у найвіддаленіші регіони або доставки пацієнта до медичних центрів;
- 4) забезпеченням свободи вибору виконавця або механізмів надання медичної допомоги, незалежно від того, в приватному або державному секторі вони діють;
- 5) інформуванням громадськості про витрати і вигоди, пов’язаних із різними курсами лікування; про використання професійних послуг, що дають можливість раннього діагностування, лікування або запобігання хворобам, особистої відповідальності щодо запобігання хвороб і ефективного використання системи охорони здоров’я;
- 6) наявністю належних організаційно-правових механізмів в управлінні кожної системи охорони здоров’я, які гарантують високу якість;

7) рівним розподілом технічних ресурсів, що могло б задовольнити потреби всіх пацієнтів [13].

Дослідники державного управління у сфері охорони здоров'я Д. Карамішев, З. Надюк, Ю. Вороненко та В. Москаленко стверджують, що ефективність державного забезпечення доступності медичного обслуговування різних категорій населення визначається також якістю медичних послуг. Зокрема, З. Надюк поняття якості медичного забезпечення населення розуміє як сукупність взаємопов'язаних властивостей, які всебічно характеризують рівень надання медичної допомоги [14].

Розробники державної програми США "Здорові люди 2010" і "Здорові люди 2020" Дж. Месенір, Л. Принс, С. Госсет, В. Старфілд, Л. Ши вводять поняття "якість медичного сервісу", що забезпечується вдало організованими управлінськими заходами [15, 16]. Р. Хсай і Я. Табас звертають увагу, що якість медичного сервісу визначається своєчасністю її надання і характеризує здатність системи охорони здоров'я надати медичну допомогу швидко, одразу як визначилась потреба в її необхідності. Згадані автори також зауважують, що якість медичної послуги знижується внаслідок затраченого часу на очікування в кабінетах лікарів [17]. Р. Філіпс, М. Просер, Л. Грін наголошують на тому, що поліпшення доступу до послуг охорони здоров'я частково залежить від забезпечення їхньої постійності [18]. На думку С. Еттнера, така постійність забезпечується інститутом сімейних лікарів, які "можуть розвивати стійкі відносини з пацієнтами і надавати комплексні послуги під час практики в контексті сім'ї та суспільства", викликати більшу довіру пацієнта до постачальника медичних послуг [19]. Р. Хсай і Дж. Табас пропонують поліпшити якість доступності медицини шляхом розширення профілактичних послуг:

- запобігання хворобі шляхом заохочення здорового способу життя (наприклад, консультації лікарів щодо дієти, фізичних вправ тощо);
- лікарський нагляд за людьми, схильними до ризику (наприклад, дитячі щеплення);
- виявлення та лікування людей без симптомів, але у кого є фактори ризику до розвитку клінічних захворювань (наприклад, скринінг для гіпертензії або колоректального раку) [20].

Окрім того, на нашу думку, ефективність державно-управлінської діяльності у сфері охорони здоров'я визначає наскільки медична допомога є наближеною і доступною для пацієнтів (за затратами часу, об'єму і якості), наскільки держава спроможна забезпечити доступ певних груп населення до медичних послуг, а також якою мірою забезпечується доступність до цих послуг.

Департамент охорони здоров'я та соціальних служб США у програмних документах наголошує на важливості спрямування державно-управлінських заходів на усунення нерівності в сфері охорони здоров'я, визначаючи, що бар'єрами на шляху доступності до медичних послуг є:

- висока вартість лікування;
- неналежна медична інфраструктура у віддалених регіонах;
- відсутність належної компетенції медичного персоналу;
- фінансові обтяження;
- затримки з отриманням відповідного діагнозу або догляду хворого;
- неспроможність отримати профілактичні послуги.

З метою ліквідації розриву нерівності у медичному обслуговуванні Всесвітня організація здоров'я заснувала Комісію з соціальних детермінант здоров'я (далі – КСДЗ). Соціальними детермінантами здоров'я ВООЗ вважає не тільки якість медичних послуг,

але і умови, в яких люди народжуються, ростуть, живуть, працюють і старіють, оскільки ці умови і визначають загальний стан відмінностей у стані здоров'я громадян різних країн. 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, зокрема раку.

На нашу думку, суть і ступінь доступності медичного обслуговування визначаються балансом елементів і чинниками системи охорони здоров'я (кадрами, фінансуванням, транспортними засобами доставки пацієнта, свободою вибору, якістю і розподілом технічних ресурсів), які максимізують кількість і якість одержуваної в дійсності населенням допомоги. У контексті дослідження проблеми державного забезпечення рівних можливостей у доступності медичного обслуговування сільського населення згадані дефініції обумовлюють визначення співвідношення економічних можливостей наявної у сільській місцевості медичної інфраструктури та реальних потреб у медичних послугах сільського населення.

Існуючі відмінності в організації медичного обслуговування сільського населення обумовлені:

- своєрідною 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.

На рівень і якість медичної допомоги сільському населенню також впливає:

- зношеність матеріально-технічної бази сільської охорони здоров'я;
- висока плінність 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.

Додаткові труднощі з отриманням якісних медичних послуг у сільській місцевості спонукають до утворення непропорційно великої частки нездорового населення країни. Поганий стан житла, небезпечна питна вода, відсутність санітарії, використання біомаси як палива, вплив навколишнього середовища часто підвищують ризик численних проблем зі здоров'ям. Значна частина основних захворювань у сільських районах залишається необробленою здебільшого через відсутність діагностичних засобів в місцевих околицях. Навіть у тих країнах пострадянського простору, де запроваджена страхова медицина, вона залишається недоступною для сільських жителів, у яких фінансові доходи суттєво

нижчі, аніж у міського населення. Так, із 25% громадян Молдови, що не охоплені медичним страхуванням, основна частина проживає у селах [21].

У контексті охорони здоров'я сільське господарство є однією з найнебезпечніших галузей виробництва через нещасні випадки на виробництві за участю техніки і отруєння пестицидами та агрохімікатами. ВООЗ визначає, що обмежений доступ до поліпшеного водопостачання та низький рівень санітарії в сільській місцевості в багатьох країнах Європейського регіону становить потенційну загрозу діарейних захворювань, тифу і гепатиту, а використання твердого палива, зокрема вугілля, спричиняє запалення легень і інших гострих респіраторних захворювань у дітей, а також хронічне обструктивне захворювання легень і раку у дорослих. Окрім того, у сільських районах є великі труднощі в охороні здоров'я матері і дитини, що спричиняє значний процент смертності у дітей до п'яти років.

Міжнародний фонд сільського розвитку Організації Об'єднаних Націй IFAD у своєму звіті про сільську бідність за 2011 р. визначає три її основні фактори:

- 1) старіння сільського населення через відтік молодих людей у міста і більш заможні країни;
- 2) відсутність доступу до інфраструктури і основних послуг через віддаленість до основних центрів;
- 3) відсутність доступу до робочих місць, низький рівень зайнятості (здебільшого на сезонних роботах); постійне довгострокове безробіття; низькі пенсії [22].

Проблема ліквідації нерівності у наданні медичних послуг між містом і селом актуальна не тільки для України, але і для багатьох інших країн світу. За даними Міжнародного фонду сільськогосподарського розвитку (англ.: The International Fund for Agricultural Development (далі – IFAD), що функціонує з 1977 р. при Організації Об'єднаних Націй, із 1,4 млрд людей у світі, що проживають в умовах крайньої бідності, 70% належать до категорії сільського населення.

Отже, державне забезпечення рівного доступу у сфері медичного обслуговування сільського населення утруднюється низкою проблем, пов'язаних із більш низькою щільністю населення, великими відстанями для зв'язку пацієнтів і лікарів, а також незбалансованою медичною інфраструктурою та низьким рівнем фінансових можливостей проживаючих у сільській місцевості людей, основна частина яких пенсійного віку.

Упродовж усього періоду формування власної моделі охорони здоров'я доступність і якість медичної допомоги населенню розглядаються як пріоритетні завдання, вирішення яких держава здійснює за допомогою публічного управління. М. Білинська визначає державне управління сферою охорони здоров'я як взаємодію саморегуляційних можливостей децентралізованих органів управління галуззю із зовнішнім державним управлінням, яке забезпечується моніторингом та оцінюванням діяльності системи охорони здоров'я заради досягнення поставленої мети – всебічного задоволення потреб суспільства загалом та громадянина зокрема [23].

Упродовж усього періоду формування власної моделі охорони здоров'я доступність і якість медичної допомоги населенню розглядаються як пріоритетні завдання, вирішення яких держава здійснює за допомогою публічного управління. На те, що державне забезпечення рівного доступу до медичних послуг сільського населення потребує координації центральних і місцевих органів влади на горизонтальних та вертикальних рівнях, звертає увагу Організація економічного співробітництва та розвитку

(англ.: Organisation for Economic Co-operation and Development – OECD) (далі – ОЕСР) [24]. Вертикальні рівні координації між місцевими адміністраціями і центральними органами влади спонукають до формування державної політики у сфері медичного обслуговування сільських жителів, оптимального розподілу ресурсів, виконання соціальних програм, об'єктивного моніторингу та процесів покращення медичного обслуговування та оцінки якості медичних послуг. Горизонтальний рівень управління в сфері охорони здоров'я в сільських районах передбачає управлінську взаємодію різних секторів економіки з метою вирішення більш широких детермінант здоров'я для забезпечення потреб сільського населення (наприклад, розвиток підприємництва на селі з метою підвищення рівня фінансових можливостей сільських жителів, розвиток транспортної інфраструктури для доставки пацієнта чи лікаря тощо). На місцевому рівні, інтегрована сільськогосподарська політика часто реалізується міжсекторальним партнерством з метою об'єднання знань і ресурсів та розробки стратегії розвитку сільських районів на основі загальних державно-управлінських підходів і цілей. Важливе значення має також співпраця між територіальними громадами.

Для ефективнішого вирішення медичних потреб сільського населення публічне управління виконує функцію управління системою охорони здоров'я і функцію стратегічного управління. Зауважимо, що функція управління системою охорони здоров'я передбачає розробку стратегічних напрямків політики, регулювання і нагляду за її реалізацією. Функція стратегічного управління вимагає роботи у напрямку забезпечення “справедливості” у стратегічній розробці державної політики шляхом використання фактичних даних про зв'язки між соціальними, економічними та екологічними факторами і здоров'я.

Таким чином, узагальнення наукових досліджень українських та зарубіжних вчених дало підстави зробити такі висновки:

1. Старіюче населення сільської місцевості зазнає дискримінації щодо доступності медичного обслуговування, яке обумовлене визначенням співвідношення економічних можливостей наявної у сільській місцевості медичної інфраструктури та реальних потреб у медичних послугах сільського населення.

2. Тип і ступінь державного забезпечення “рівних можливостей доступу до медичних послуг” та “доступності медичного обслуговування” визначаються балансом елементів і чинниками системи охорони здоров'я (кадрами, фінансуванням, транспортними засобами доставки пацієнта, свободою вибору, якістю і розподілом технічних ресурсів), які максимізують кількість і якість одержуваної в дійсності населенням допомоги.

3. Державне забезпечення рівних можливостей у медичному обслуговуванні сільського населення полягає у здійсненні функції управління системою охорони здоров'я, яка полягає у надгляді за реалізацією державної політики в сфері охорони здоров'я та регулюванні діяльності медичної інфраструктури, а також функції стратегічного управління, яке спрямоване на вироблення стратегічних напрямків політики забезпечення “справедливості” у соціальній, економічній, транспортній та екологічній сферах.

4. Державне забезпечення рівного доступу до медичних послуг сільського населення потребує координації органів влади на різних рівнях: вертикальних рівнях – між місцевими адміністраціями і центральними органами влади; на горизонтальних рівнях – міжсекторального партнерства та співпраці між територіальними громадами.

Список використаної літератури

1. Державне управління охороною здоров'я в Україні: генеза і перспективи розвитку : кол. моногр. / [кол. авт. ; упоряд. проф. Я. Ф. Радиш, передм. Т. Д. Бахтеевої ; 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-ХІІ від 19.11.1992 р. [З наступними змінами та доповненнями]. URL : <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. Там само. С. 12.
7. Про захист прав споживачів : Закон України № 1023-ХІІ від 12.05.1991 р. URL : http://kodeksy.com.ua/pro_zahist_prav_spozhivachiv.htm.
8. Основи законодавства України про охорону здоров'я...
9. 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>.
10. 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.
11. Бондарева Л. В. Забезпечення доступної і якісної медичної допомоги... С. 16.
12. 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>.
13. Положение о доступности медицинской помощи : Принято 40-й Всемирной медицинской ассамблеей (Вена, Австрия, сентябрь 1988 г.). URL : http://zakon3.rada.gov.ua/laws/show/990_030.
14. Надюк З. Державне управління якістю надання медичної допомоги на сучасному етапі розвитку українського суспільства // Вісник Національної академії державного управління при Президенті України. К. : Вид-во НАДУ, 2005. № 4. С. 265.
15. De Maeseneer JM., De Prins L., Gosset C., et al. Provider continuity in family medicine: Does it make a difference for total health care costs? // Ann Fam Med. 2003. № 1. 144p.
16. Starfield B., Shi L. The medical home, access to care, and insurance // Pediatrics. 2004. № 113 (Suppl 5). P.1493—1505.

17. Hsai RY., Tabas JA. The increasing weight of increasing waits // Arch Intern Med. 2009. Nov 9. № 169 (20). P. 1826—1932.
18. Phillips R., Proser M., Green L., et al. The importance of having health insurance and a usual source of care // Am Fam Physician. 2004. № 70 (6). Sep 15. 1035 p.
19. Ettner SL. The timing of preventive services for women and children; the effect of having a usual source of care // Am J Pub Health. 1996. № 86 (12). P. 1748—1754.
20. Hsai RY., Tabas J. The increasing weight of increasing waits... — P. 1826—1932.
21. Jowett M., Shishkin S. Extending population coverage in the national health insurance scheme in the Republic of Moldova: strategic options. URL : http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0005/79295/E93573.pdf.
22. IFAD: Who we are <https://www.ifad.org/who/overview>.
23. Білинська М. Кваліметричне забезпечення системи управління якістю підготовки фахівця охорони здоров'я // Актуальні проблеми державного управління : зб. наук. пр. Вип. 1(10). К. : Вид-во НАДУ, 2004. С. 57—63.
24. Healthcare Access in Rural Communities. URL : <https://www.ruralhealthinfo.org/topics/healthcare-access>.

*Стаття надійшла до редакції 29.06.2017
Схвалена до друку редколегією 20.07.2017*

N. Yurystovska

THEORETICAL ASPECTS OF PUBLIC PROVISION OF EQUAL OPPORTUNITIES OF ACCESS TO MEDICAL SERVICES AND ACCESSIBILITY OF MEDICAL SERVICING OF RURAL POPULATION

This article considers theoretical issues of public management aimed at overcoming inequality in medical services for urban and rural residents. Based on the analysis of scientific domestic and foreign literature, and legal sources, the conceptual and categorical framework has been systematized and clarified, in particular the definitions of concepts of “medical servicing”, “medical aid”, “medical service”, “accessibility to medical services”, “accessibility of medical servicing”, “social determinants of health” have been elucidated. The factors hindering the provision of equality in medical servicing of rural population are classified. The article substantiates that to ensure accessible medical servicing of rural population the above-mentioned definitions stipulate determination of the correlation between the economic opportunities of the existing medical infrastructure in the countryside and the real needs for medical services of rural population. The author proves that in order to provide equal public access to medical services of rural population it is necessary to coordinate public authorities at different levels: vertical – between local administrations and central authorities, and horizontal – intra-sectoral partnership and cooperation between territorial communities.

Key words: access to medical services, accessibility of medical servicing, rural population, public management, coordination of authorities' activities at different levels, intra-sectoral partnership.