

Н. Юристовська

**ЗАРУБІЖНИЙ ДОСВІД ДЕРЖАВНОГО ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ РІВНОПРАВНОСТІ
У ДОСТУПІ ДО МЕДИЧНИХ ПОСЛУГ СІЛЬСЬКОГО НАСЕЛЕННЯ
У ПРОЦЕСІ РЕФОРМУВАННЯ СИСТЕМИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я**

На основі узагальнення досвіду країн, які успішно здійснили реформу системи охорони здоров'я, визначено механізми та інструменти забезпечення рівноправності у доступі до медичних послуг сільського населення та вироблення рекомендацій щодо шляхів вирішення в Україні проблем сільської медицини. Охарактеризовано методи впровадження державами системи міжсекторальної та міжгалузевої співпраці для вирішення складних факторів і умов, що впливають на стан здоров'я сільського населення. Показано методи ефективного використання бюджетних коштів і їхнього перерозподілу на користь надання медичних послуг у віддалених регіонах.

Ключові слова: зарубіжний досвід, система охорони здоров'я, механізми публічного управління, сільське населення, медичні послуги, інноваційні підходи, Австралія, Канада, США, медичне обслуговування, ефективне використання обмежених ресурсів, телемедицина.

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 метою статті є 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 зарубіжних вчених, зокрема: С. Герберіх, Р. Гібсон, Л. Френч, Т. Лі, В. Кар, Л. Кохевар, К. Ренер, Й. Шутке, М. Ванке, Л. Сандерс, Р. Понг, К. Маклеллан, Б. Монтгомері, Л. Адай, Б. Кюлл, С. Рейес-Гіббі. На думку канадських дослідників Дж. Роврка, Г. Хальсета і Л. Рисера Р. Вількінса, Дж. Пола,

О. Адамса, домінуючі моделі охорони здоров'я є "містобудовними", тобто вони базуються на міському населенні та міських потребах. Наприклад, спеціалізація, яка є домінуючою моделлю для організації лікарняної допомоги, не є практичною для сільських регіонів, оскільки спеціалізовані лікарні знаходяться здебільшого на відстані не менше 100 км, а це означає, що нерідко люди з гострими захворюваннями для отримання медичної допомоги повинні переїжджати з сіл до великих центрів на великі відстані [1 – 3]. М. Келлей та Т. Єнніссен звертають увагу на відсутність у сільській місцевості доступу до широкого кола медичних послуг, які надаються в міських центрах (реабілітація, паліативна допомога, домашній догляд, консультації, належна діагностика) [4, 5].

На відміну від пострадянських вчених, які зосереджують свою увагу здебільшого на управлінських механізмах реалізації державної політики у сфері охорони здоров'я, зарубіжні дослідники акцентують свою увагу на моніторингу проблем, які повинні вирішити уповноважені органи влади у цій сфері, а також на формуванні завдань та інноваційних підходів. 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. Згадані науково-дослідні установи покликані визначити медичні потреби в сільській місцевості та розробити й науково обґрунтувати відповідні політичні рішення з метою задоволення цих потреб.

Розрив між містом і селом у сфері медичних послуг, на думку багатьох вчених, пов'язаний із фокусом 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 [6]. Навіть у такій високорозвиненій країні, як Сполучені Штати Америки через скорочення фінансування на сільську медицину протягом 1990 – 2000 років було закрито 228 сільських лікарень, що призвело до зменшення 8 288 ліжок [7]. Така державна політика оптимізації інфраструктури сільських медичних закладів, яка на сьогодні є основою реформування медичної галузі України, що призводить до закриття багатьох фельдшерсько-акушерських пунктів, відкинута у багатьох країнах. На думку М. Вейн, В. Чач, Л. Сандерса і Р. Понга, державна політика скорочення, закриття та централізації медичних закладів внаслідок реформування системи охорони здоров'я у сільській місцевості мали негативний вплив для економіки сільських громад. Оскільки лікарні є не тільки великими роботодавцями, а вони також генерують інші допоміжні господарські структури, їхнє закриття призвело до скорочення зайнятості населення через закриття низки робочих місць [8].

На сьогодні одна із найбільш успішних моделей публічного управління в сфері сільської медицини запроваджена ще 1996 р. в Австралії. Австралійська система охорони здоров'я поєднує у собі приватний і державний сектори. Зокрема первинна ланка включає амбулаторії як комунальної, так і державної власності, а також стоматологічні заклади та аптеки, які здебільшого є приватними. У вторинній ланці 65% лікарень державної власності і 35% – приватної. Загалом 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. Відмінність між різною формою 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

ціна на послуги приватних лікарень 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. Аналогічна схема діє і при купівлі медикаментів: більшу частину ціни покриває Medicare, решту – сплачує пацієнт. Окрім того, покривати решту витрат, які не покриває державна страховка, громадяни Австралії можуть оплачувати через страхові поліси у приватних компаніях. Однак страхові поліси, щорічна вартість яких коливається від 1,5 до 8 тис. австралійських доларів, купляють здебільшого заможні міські жителі [9]. В Австралійській моделі охорони здоров'я оплата Medicare не поширюється на більшість стоматологічних послуг, купівлю окулярів та послуг із догляду за хворими вдома. Державний страховий поліс також не поширюється на послуги швидкої допомоги, оскільки компенсація витрат при незвичайних ситуаціях здійснюється іншими страховими фондами.

Що ж до державного забезпечення сільської медицини, групою австралійських вчених розроблена програма сталого розвитку сільського здоров'я “Національні рамки ефективності” [10]. Для успішної реалізації згаданої програми у п'яти регіонах Австралії в регіональних органах влади створені департаменти з питань сільського здоров'я (University Departments of Rural Health). Збільшення фінансування на сільську медицину вирішено шляхом перерозподілу ресурсів на основі так званого “сільського індексу”. Цей науково обґрунтований показник, який враховує всі проблеми віддалених регіонів, додається під час формування бюджетів на охорону здоров'я до статей на сільську медицину [11]. Для кращої організації й координації процесів медичної допомоги на усій території Австралії діють діє майже 130 так званих Мереж локальних лікарень, які об'єднують маленькі місцеві лікарні. Пацієнт має можливість отримати допомогу в будь-якому закладі і не потребує спеціальних направлень. Ключовим аспектом програми стала співпраця міністерства охорони здоров'я з навчальними медичними закладами, у яких розпочалась підготовка спеціалістів із сільської медицини за спеціальними програмами та курсами [12].

У Сполучених Штатах 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). Основною компетенцією згаданого управління є забезпечення лідерства та фінансова підтримка постачальникам медичних послуг у віддалених сільських громадах, які не є застрахованими [13]. Одним із напрямків роботи HRSA є фінансування проектів по вдосконаленню ефективності роботи сільських лікарень, особливо малих лікарень із менш ніж 200 ліжками. Окрім того, 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. Основна частка коштів спрямовується на підтримку 10400 малих клінік та мобільних медичних фургонів, які за графіком відвідують малонаселені пункти [14].

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. Внаслідок реформування системи охорони здоров'я у багатьох країнах відбулося скорочення кількості вузьких спеціалістів, які володіють високоспеціалізованими знаннями й навичками і займаються пацієнтами, які дійсно мають тяжку вузькопрофільну патологію. Скорочено також термін перебування пацієнта у лікарні чи госпіталі, оскільки день госпіталізації коштує дуже дорого, тому пацієнта виписують зі стаціонару, щойно він пройшов усе необхідне лікування. Така організація роботи медичної галузі дозволяє із ефективністю витратити гроші на підготовку кадрів.

Дещо відмінною є канадська модель охорони сільського здоров'я, що базується на засадах міжсекторального партнерства міністерства охорони здоров'я з провінціями, територіями та муніципалітетами.

У 2001 р. у Канаді з метою надання консультації федеральному міністру охорони здоров'я була заснована Консультативна рада міністрів з питань сільського 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 інавгураційній нараді в жовтні 2001 р. Консультативна рада міністрів з питань сільського здоров'я визначила чотири 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 чотирьох 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) впровадження 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 [15].

Протягом останніх десяти років намітилась 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 поліпшення 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.

Однак, незважаючи на комплекс вдалих управлінських рішень у сфері організації сільської медицини, майже у всіх країнах світу залишається невирішеною проблема браку медичних кадрів у сільській місцевості. Ця проблема особливо нагальною є у західноєвропейських країнах. Молоді випускники не бажають їхати працювати у сільські віддалені райони. Серед причин цього явища французькі вчені називають важкі умови праці, з щільними графіками і правило "безперервності догляду" за старіючим сільським населенням. Суттєвою 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 [16].

Кадровий голод у сільській місцевості багатьох високорозвинених країн намагаються компенсувати через телемедицину, 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 [17].

Серед сільських людей похилого віку переважно існують обмежені можливості для транспортування у порівнянні з міськими колегами, оскільки нерідко у деяких сільських населених пунктах на загал 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 варіанти лікування з пацієнтами, переглянути попередню діагностичну інформацію та здійснити консультування за телефоном. Крім 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 [18].

Західні вчені А. Сміт, М. Бенсінк, Н. Армфілд, Й. Стілман, Л. Каффері, Р. МакКроссін відзначають такі клінічні, освітні та адміністративні переваги для сільських районів.

По-перше, 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 [19].

По-друге, 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 [20]. 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.

По-третє, 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 [21].

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. Основна 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. Однак у реальних умовах сільських регіонів навіть у високорозвинених країнах витрати на обладнання для відеоконференцій 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. [22].

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 [23].

Окрім телемедицини, новими формами організації медичної допомоги стали також медсестринські кабінети, де 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, зарубіжний досвід організації системи охорони здоров'я демонструє, що майже усі держави намагаються вирішити проблему 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.

У процесі дослідження 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 такі складові державної політики у цій сфері:

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

З метою забезпечення рівного доступу до медичних послуг сільського і міського населення, необхідно використати досвід країн, які провели медичну реформу і запровадили новітні форми медичного обслуговування: телемедицину, медичні пересувні фуртони 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 висококваліфікованих лікарів.

Список використаної літератури

1. Rourke J. Increasing the number of rural physicians // Canadian Medical Association Journal. 2008. № 178. P. 322—325.
2. Halseth G., Ryser L. Trends in service delivery: Examples from rural and small town Canada, 1998 to 2005 // Journal of Rural and Community Development. 2006. № 1. P. 69—90.
3. Ng E., Wilkins R., Pole J., Adams O. How far to the nearest physician // Rural and Small Town Analysis Bulletin. 1999. № 1. С. 1—7.
4. Kelley M. L. Developing Rural Communities' Capacity for Palliative Care: a Conceptual Model. URL : https://www.researchgate.net/publication/5779796_Developing_Rural_Communities'_Capacity_for_Palliative_Care_a_Conceptual_Model.
5. Jennissen T. Health issues in rural Canada (BP-325E) // Government of Canada. 1992. December. URL : <http://publications.gc.ca/Collection-R/LoPBdP/BP/bp325-e.htm>.
6. 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.
7. Trends in rural hospital closure 1990 – 2000 / U.S Department of Health and Human Services. [S. p.], 2003. May. 19 p.
8. Wanke M. I., Sanders L. D., Pong R. W. and Church, W.J.B. Building a stronger foundation: health human resources in community-based health care: a review of the literature. Health Promotion and Programs Branch, Health Canada, Ottawa. URL : www.hc-sc.gc.ca/hppb/healthcare/pubs/strongerpdf/health.pdf.
9. Мартинов П. Австралійська медична модель: доступна, якісна та ефективна. URL : <http://cost.ua/news/352-med-australia>.
10. 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.
11. Humphreys Js. Delimiting 'rural': implications of an agreed 'rurality' index for healthcare planning and resource allocation // Aust J Rural Health. 1998. № 6 (4). P. 212—216.
12. Bourke L., Humphreys Js., Wakerman J., Taylor J. Charting the future course of rural health and remote health in Australia: Why we need theory // Aust J Rural Health. 2010. № 18 (2). P. 54—62.

13. About HRSA. URL : <https://www.hrsa.gov/about/index.html>.
14. HRSA: Strategic Plan FY 2016 – 2018. URL : <https://www.hrsa.gov/about/strategicplan/index.html>.
15. Government of Canada delivers on promise to provide economic development tools for rural communities. Government of Canada. Ottawa : News release. 2002. URL : www.agr.gc.ca/cb/news/2002/n20626be.html.
16. Probleme de la désertification médicale: Politique culturelle et associative / Yannick guillo legislatives. 2012. URL : <http://archive.is/6VG7V#selection-61.0-65.31>.
17. Telehealth use in Rural Healthcare. Rural Assistance Center [Web site]. URL : <http://www.raconline.org/topics/telehealth>.
18. Affordable Care Act provisions affecting the rural elderly. National Advisory Committee Rural Health and Human Services [Web site]. URL : <http://www.hrsa.gov/advisorycommittees/rural/publications/elderly.pdf>.
19. 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=0022-3859;year=2005;volume=51;issue=4;spage=286;epage=293;aulast=Smith>.
20. McCrossin R. Successes and failures with grand rounds via videoconferencing at the Royal Children's Hospital in Brisbane // Journal of Telemedicine and Telecare. 2001. № 7. P. 25—33.
21. Humphreys Js., Gregory G. Celebrating another decade of progress in rural health: what is the current state of play? // Aust J Rural Health. 2012. № 20 (3). P. 156—218.
22. Rural Health // HealthIT.gov [Website]. URL : <http://www.healthit.gov/providers-professionals/frequently-asked-questions/487#id157>.
23. Crowe BL, Hailey DM, de Silva M. Teleradiology at a children's hospital: a pilot study // Journal of Telemedicine and Telecare. 1996. № 2. P. 210—216.

*Стаття надійшла до редакції 29.09.2017
Схвалена до друку редколегією 24.10.2017*

N. Yurystovska

FOREIGN EXPERIENCE OF STATE GUARANTEES OF EQUALITY IN THE ACCESS TO MEDICAL SERVICES OF RURAL POPULATION IN THE PROCESS OF REFORMING THE HEALTH CARE SYSTEM

Basing on the generalization of the experience of countries that have successfully implemented the health care reform, mechanisms and tools for ensuring equality in the access to medical services of the rural population are identified and recommendations on how to solve rural medicine problems in Ukraine are elaborated. Methods of the introduction by the states of the system of inter-sectoral cooperation for solving complex factors and conditions influencing the health of the rural population are described. Methods of efficient use of budget funds and their redistribution in favor of the provision of medical services in remote regions are shown.

Key words: foreign experience, health care system, public management mechanisms, rural population, medical services, innovative approaches, Australia, Canada, USA, medical care, effective use of limited resources, telemedicine.