

Н. Юристовська

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

Висвітлено основні напрямки реформування системи охорони здоров'я в Україні. На основі аналізу законодавства та нормативно-правових актів аргументовано, що права кожного громадянина є декларативними, а програми, які були розраховані лише на певний час, не фінансувалися належним чином, а відтак і не досягли основної мети – забезпечення рівності громадян України в доступній і якісній медичній допомозі. Проаналізовано невдалі спроби реформування медичної галузі протягом 2005–2014 рр. Охарактеризовано сутність Концепції реформи фінансування системи охорони здоров'я України 2016 р. Обґрунтовано, що реорганізація інфраструктури сільських медичних закладів обумовлена невідповідністю стандартів державного планування організації сільських лікарських дільниць на основі чисельності населення сучасним реаліям; морально застарілим фізичним станом приміщень фельдшерських пунктів та медичним обладнанням; нерентабельною системою районних лікарень, де для обслуговування незначної кількості ліжок-місць доводиться утримувати значну кількість лікарського та управлінського персоналу. Водночас зауважено, що структура старіючого сільського населення вимагає збереження у кожному населеному пункті (зокрема і у малонаселених селах) старої системи первинної медико-санітарної медицини, яка забезпечується фельдшерськими пунктами.

Ключові слова: охорона здоров'я, медичні заклади, державне управління, сільське населення, забезпечення рівноправності.

Актуальність проблеми подолання нерівності у сфері медичного обслуговування міських і сільських жителів обумовлюється визначеними Всесвітньою організацією охорони здоров'я (далі – ВООЗ) 12-ма принципами організації охорони здоров'я громадян для будь-якої національної системи, які впливають із позиції повного дотримання прав людини. Існує посилений інтерес до цієї проблеми з боку Європейської Комісії та відповідних агентств. Для України у статті окреслена проблема є особливо актуальною з огляду на проведення реформи системи охорони здоров'я. 14 листопада 2017 р. Верховна Рада прийняла Закон “Про підвищення доступності та якості медичного обслуговування у сільській місцевості”. Він повинен вирішити проблему з критичним станом первинної медичної допомоги у сільській місцевості, яка не вирішувалась десятиліттями. Зробити цю медичну послугу якісною, розвернути її до сільських мешканців, яких в Україні понад 13,1 млн, а в деяких областях – навіть понад 60%. Цим законом фактично дано старт реформі сільської медицини.

Питанням державного управління в сфері охорони здоров'я присвячено праці багатьох вітчизняних науковців: О. Басвої, М. Білинської, Л. Бондареві, О. Виноградова, Т. Ганцюк, О. Гафурові, З. Гладуна, Г. Зубко, Д. Карамішева, В. Князева, О. Корвезького, Б. Лемішка, В. Лехан, Н. Медведовської, В. Москаленка, З. Надюка, Н. Нижник, В. Пашкова, Я. Радиша, І. Фуртака та інших. Різноманітні управлінські аспекти медичного

обслуговування сільського населення вивчають зарубіжні вчені, а саме: Т. Акопян, Т. Кахура, Т. Лай, М. Назаретян, В. Старфілд, К. Страуме, Д. Шоу, Т. Хабіхт, Д. Хьюз, М. Хадсон та інші.

Водночас, незважаючи на чималу кількість літератури з питань публічного управління медичною галуззю, поза увагою вітчизняних дослідників залишаються питання наукового аналізу державного забезпечення рівного доступу всіх громадян до медичних послуг сільського населення.

Метою статті є виявлення потенційних загроз щодо державного забезпечення рівного доступу до медичних послуг сільського населення в умовах реформування системи охорони здоров'я, а також визначення основних напрямків та шляхів подолання негативних тенденцій.

Охорона здоров'я жителів села є складовою всієї охорони здоров'я країни. Тому основні принципи, притаманні охороні здоров'я України, характерні і для сільської медицини. Основою концептуальних підходів до державно-правового забезпечення надання медичних послуг сільському населенню є засади рівних прав кожної людини, які закріплені в Україні на конституційному, законодавчому і піднормативному рівнях.

Однак збереження в умовах розвитку ринкових відносин в Україні майже в незмінному стані успадкованої з радянського періоду системи охорони здоров'я за моделлю О. Семашка обумовлювало кризу медичної галузі. Консервація радянських державно-управлінських механізмів медичною галуззю в умовах декларування безоплатності медичної допомоги та урівняна низька заробітна плата медичних працівників тоді, коли в державі утверджувались ринкові відносини і підприємництво, створювали додаткові мотивації для корупції й хабарництва лікарів і керівників медичних закладів. Програми, які були розраховані лише на певний час, не фінансувалися належним чином, а відтак і не досягли основної мети – забезпечення громадян України доступною і якісною медичною допомогою. Негативні тенденції у сфері охорони здоров'я вимагали докорінного реформування всієї системи і запровадження нових організаційно-правових управлінських механізмів.

Концепція реформування системи охорони здоров'я була розроблена ще в червні 1998 р. і включена в обговорення під час роботи третьої сесії Верховної Ради України 1999 р. Але її прийняття наштовхнулось на суспільну невизначеність і відсутність одностайної думки щодо майбутньої моделі охорони здоров'я. Це засвідчило обговорення на січневій сесії Верховної Ради України 1999 р. проекту закону України про загальнообов'язкове державне медичне страхування, поданого Є. Марчуком від Комітету з питань охорони здоров'я, материнства та дитинства [1]. На думку експертів, впровадження запропонованої редакції закону, на тлі невирішеності завдань створення інвестиційної інфраструктури державних соціальних коштів, становило загрозу фінансовій спроможності та стійкості соціальної системи України і могло призвести до масштабних фінансових зловживань.

Реформування системи державного управління в сфері охорони здоров'я актуалізувалось після того, як у 2005 р. Україні надано статус країни з ринковою економікою. Але економічна та фінансова криза, яка наступила із 2007 р., не дозволила завершити успішні починання державної влади в Україні, внаслідок чого медичні заклади зазнавали ще більшої кризи і були поставлені на межу виживання. Єдиним напрямком у реформуванні охорони здоров'я, який було здійснено протягом 2006 – 2010 рр., був розвиток первинної медико-санітарної допомоги на засадах сімейної медицини [2]. Однак

на практиці створення інституту сімейних лікарів загальної практики призвело до простого об'єднання функцій дільничних лікарів та дільничних педіатрів, що тільки погіршило медичне обслуговування, бо у чергах на прийом до сімейного лікаря поліклініки довелося вистоювати матерям із малолітніми дітьми разом із важко хворими літніми людьми, що створювало загрозу для додаткового інфікування дітей. Окрім того, подальше постійне зростання вартості медичного обслуговування обумовлювало труднощі із державним забезпеченням рівного доступу всіх членів суспільства до безоплатної кваліфікованої медичної допомоги. Щоб зменшити навантаження на державний бюджет, законодавчі акти розширили коло можливих джерел надходжень на утримання системи охорони здоров'я, зокрема: платні послуги, благодійництво, спонсорство і меценатство, кошти місцевих бюджетів.

Унаслідок низького рівня ефективності функціонування закладів охорони здоров'я державної та комунальної форми власності постало питання необхідності оптимізації мережі первинної медико-санітарної допомоги. 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. Мережа фельдшерсько-акушерських пунктів (далі – ФАП) та фельдшерських пунктів (далі – ФП) об'єднувалась Центром медико-санітарної допомоги (далі – ЦМСД) зі статусом юридичної особи, який (як правило) охоплював обслуговування сільського населення однієї адміністративно-територіальної одиниці [3].

7 липня 2011 р. в Україні прийнято 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. Передбачалось, що за умови позитивних результатів провадження реформ цей досвід можна буде використати на території всієї України. Однак реформування системи охорони здоров'я зіткнулося із труднощами впровадження. Заступник головного лікаря Вінницької центральної районної клінічної лікарні В. Щербань, аналізуючи, як запропоновані державно-управлінські механізми працюють на практиці, звертав увагу на те, що за допомогою реформи впроваджено неефективну бюрократизовану систему подвійного адміністрування окремих структурних підрозділів на одній адміністративній території [4]. 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 обмежувало їх конституційне право на охорону здоров'я.

Щоб зняти постмайданну суспільну напругу, у лютому 2014 р. Верховна Рада України прийняла Закон “Про введення мораторію на ліквідацію та реорганізацію закладів охорони здоров'я” [5]. Однак введення мораторію на ліквідацію та реорганізацію закладів охорони здоров'я ставило під загрозу подальше реформування державного управління в галузі охорони здоров'я та унеможливило формування оптимальної мережі закладів охорони здоров'я державної та комунальної форм власності та ефективне 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 [6].

Новим стимулом для реформування і поетапного запровадження нових механізмів державного управління в сфері охорони здоров'я України стало підписання і ратифікація Верховною Радою України Угоди про асоціацію між Україною та Європейським Союзом. У затвердженому Кабінетом Міністрів України Плані заходів з імплементації згаданої угоди на 2014 – 2017 рр. поставлено завдання Міністерству охорони здоров'я України і Міністерству економічного розвитку та фінансів розробити спільно концепцію та стратегію реформування системи охорони здоров'я України, а також виробити необхідні державно-управлінські механізми для залучення експертної та фінансової допомоги ЄС [7].

Найперше, відповідно до плану на початку 2016 р., 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 підтримали ВООЗ, Генеральний директорат Європейської Комісії "Охорона здоров'я та споживча політика" та інші міжнародні організації, що опікуються проблемами ефективності систем охорони здоров'я в усьому світі. Відповідно до цієї концепції, реформування здійснюється за такими напрямками:

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

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

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

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

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

3) перехід від командно-адміністративних методів до державно-громадської моделі управління [8].

Практична реалізація реформування інфраструктури системи охорони здоров'я в Україні найперше вимагає оптимізації і скорочення мережі ФАП. Доцільно зауважити, що діючі на селі ФАПи на сьогодні не відповідають реаліям стандартів державного планування організації сільських лікарських дільниць на основі чисельності населення, бо кількість сільських жителів суттєво знижується. Так, за даними Державної служби статистики України, кількість сільських жителів у 2015 р. порівняно з 2013 р. зменшилась на 1 млн осіб [9]. 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 [10].

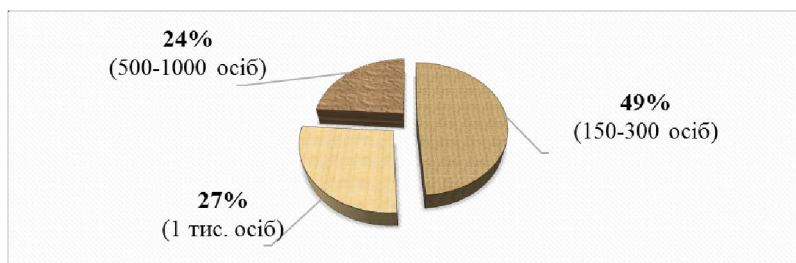


Рис. 1. Фельдшерські і фельдшерсько-акушерські пункти в Україні за кількістю сільського населення

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. Як зауважує О. Ромашкіна, кожний п'ятий фельдшерсько-акушерський пункт та кожна десята сільська амбулаторія оснащені лише частково [11].

З одного боку, утримування за бюджетні кошти медперсонал ФАП у кожному селі, насамперед у депресивних селах, де кількість жителів становить 100 – 300 осіб, є нерентабельним і існує економічна доцільність закриття таких пунктів. А з іншого – це позбавить старих німецьких 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.

Найбільшу суспільну напругу спричинило реформування вторинної і третинної ланки медичної допомоги, яке призведе до закриття у багатьох невеликих містах центральних районних лікарень (далі – ЦРЛ) через їхню недостатню завантаженість і нерентабельність. Наприклад, в одній із районних лікарень Полтавської області приймають 89 пологів на рік, тоді як за стандартами ВООЗ, щоб лікар був висококваліфікованим спеціалістом і був здатний забезпечити якість своїх послуг, він повинен приймати не менше 400 пологів на рік. Зрозуміло, що, перейшовши на оплату за послугу, ці заклади не зможуть набрати достатньо пацієнтів, щоб утримувати себе і платити достойну зарплату лікарям.

З метою оптимізації системи охорони здоров'я в Україні в рамках медичної реформи створюються госпітальні округи, які є інструментом співробітництва громад, щоб ухвалювати рішення стосовно закладів вторинної медичної допомоги серед міст обласного значення, районів та об'єднана територіальна громада (далі – ОТГ).

Рекомендована Постановою Кабінету Міністрів України методика розрахунків щодо формування госпітальних округів прописує лише загальні принципи визначення лікарні інтенсивного лікування (далі – ЛІЛ): з огляду на чисельність населення майже 1 млн 200 тис. осіб, а також з огляду на відстань не більше 60 км від населених пунктів і розрахунку на одну годину доїзду транспортом. Такий принцип під час організації госпітальних округів створив хаос і зумовив дискримінацію населення, що проживає у віддалених сільських районах. Так, наприклад, за розрахунками обласного управління охорони здоров'я на території Черкаської області, відповідно до чисельності населення має бути 5 – 6 госпітальних округів. Однак під

час їх організації Міністерством охорони здоров'я, зважаючи на демографічну ситуацію (населення старіє, молодь виїжджає), а отже, й невтішну перспективу, рекомендувало створити 4 округи, аби не перекроювати їх через 5–10 років. Врешті після тривалих дебатів у Черкаській області створено 4 округи. Водночас у Львівській області створено аж 10 госпітальних округів, а у Вінницькій і Харківській – тільки по 3. Показовою для порушення принципу рівності сільської категорії населення у доступі до медичної допомоги є Чернігівська область, у якій тільки один округ складає більше 200 тис. осіб, а решта всі є меншими. Оскільки обласний центр Чернігів складає біля 500 тис. чол., то тут створено дві ЛПЛ, а інші два госпітальні округи не мають жодної такої лікарні [12].

Відповідно для управління госпітальними округами, створюються госпітальні ради, які не мають статусу юридичної особи, а є дорадчим органом для визначення проблемних питань, координації дій, розробки пропозицій та рекомендацій щодо реалізації на рівні госпітального округу державної політики у сфері охорони здоров'я, а також щодо організації та фінансування медичної допомоги в госпітальному окрузі [13]. Прийняті госпітальною радою рішення набувають чинності лише у разі, якщо вони затверджуються місцевими радами.

З реформуванням вторинної та третинної ланки медичної допомоги, створенням госпітальних округів і укрупненням лікарняних закладів шляхом централізації, спеціалізована медична допомога стає ще менш доступною для сільських жителів, насамперед тих, що проживають у віддалених регіонах. Прописані стандартні нормативи (200 тис. населення, відстань 60 км, час доїзду – до 1 години) є умовним математичним розрахунком, який не враховує особливості нерівномірного розподілу густоти населення в областях. Так, наприклад, на Чернігівщині (як і в інших областях) в одному госпітальному окрузі проживає 459 тис. осіб, в іншому – лише 164 тис., і тільки в одному – 238 тис. (майже, як прописано у відповідній постанові). Навіть у тих випадках, коли, на перший погляд, збережено основний принцип відстані до багатопрофільної лікарні у 60 км, мається на увазі відстань до районного центру. Але якщо врахувати відстань до районного центру з віддалених сіл, яка інколи вимірюється у 20 і більше кілометрів, відсутність транспортної інфраструктури та бездоріжжя, то чи можна говорити про недоступність і вчасність надання медичної допомоги мешканцям таких населених пунктів?

Віддаленість госпітальних округів порушують принцип рівних прав людей, які проживають у невеликих віддалених селах, але які також мають однакове конституційне право на медичну допомогу, на доступне лікування якнайближче до місця проживання. Саме ця обставина ще більше погіршуватиме демографічний стан – малі села вимиратимуть і зникатимуть із карти України.

До того ж, запровадження платних послуг у вторинній і третинній ланці медичної допомоги і відповідна комерціалізація спеціалізованих медичних закладів зробить їх ще більш недоступними для сільських жителів, основна частина яких належить до малозабезпечених категорій населення. Потрібно звернути увагу, що такий принцип не відповідає конституційним нормам про безплатність і доступність медицини для громадян України.

Зауважимо, що негативний досвід закриття сільських лікарень пережили США у 1998 – 2000 рр. Причина закриття тоді була така ж, як і на сьогодні в Україні – нерентабельність сільських лікарень порівняно з міськими. Але дуже швидко виявилось, що закриття лікарні у сільській місцевості призводить до руйнації і без того слабкої інфраструктури віддалених регіонів [14]. Подолання кризи сільської медицини відбувалося

шляхом відкриття 2002 р. 604-х т. зв. “сільських лікарень критичного доступу”, у яких відкрито реанемаційні відділи на 5 – 10 ліжок. Віднесення до цієї категорії медичних закладів передбачало збільшення рівня державного відшкодування медичних витрат невеликим сільським лікарням, які не спроможні були функціонувати в конкурентних ринкових умовах і опинились під загрозою закриття [14].

На нашу думку, Україні доцільно було б використати досвід Канади, яка вирішила проблему оптимізації і переформатування сільських медичних закладів шляхом відкриття на базі нерентабельних лікарень паліативних закладів, утримування яких покладено на територіальні громади [15]. Необхідно звернути увагу, що такі паліативні заклади для догляду за сільськими жителями похилого віку не потребують додаткового технічного оснащення і можуть бути відкриті на базі тих лікарень, які підпадають під закриття. А оснащення у закладах засобів телемедицини створили б умови для успішного лікування.

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

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

Паралельно із створенням госпітальних округів і лікарень інтенсивного лікування нарізла нагальна потреба завершити реформу екстреної медичної допомоги. Аби центри служби працювали повноцінно і за відносно короткий відрізок часу пацієнта, потребуючого екстреної медичної допомоги, змогли доставити до ЛЛЛ, необхідно, щоб у кожному районному центрі були відповідні диспетчерські пункти. В іншому випадку машина швидкої допомоги буде їхати до віддаленого населеного пункту від ЛЛЛ у дві сторони (60+60). Щоб за короткий проміжок часу доставити пацієнта до ЛЛЛ – швидкими потрібно управляти з єдиного центру, служба має бути дуже мобільною, забезпеченою машинами високої прохідності.

Отже, комплексне вирішення усіх проблем сільської медицини можливе лише шляхом концептуального забезпечення механізмів державного управління в умовах децентралізації та формування ефективних та результативних механізмів взаємодії органів державної влади в сфері охорони здоров’я з територіальними громадами, а також посиленням міжсекторного та міжгалузевого партнерства.

Список використаної літератури

1. Про порядок денний третьої сесії Верховної Ради України : Постанова Верховної Ради України № 429-XIV від 05.02.1999 р. URL : <http://zakon5.rada.gov.ua/laws/show/429-xiv>.
2. Науково обґрунтовані підходи до кваліфікаційної характеристики лікаря загальної практики – сімейного лікаря з позиції компетентнісного підходу : метод. реком. / уклад. : Л. Ф. Матюха, Н. Г. Гойда, В. Г. Слабкий, М. В. Олійник ; НМАПО ім. П. Л. Шупика ; ДУ “Укр. ін-т стратегічних досліджень МОЗ України”. К., 2010. 27 с.

3. Модернізація мережі закладів охорони здоров'я, що надають первинну медичну допомогу : метод. реком. / Міністерство охорони здоров'я України. К., 2012. 14 с.

4. Щербань В. Пілотний експеримент – на марші. URL : <http://www.vz.kiev.ua/pilotnij-eksperiment/06/02/15>.

5. Про введення мораторію на ліквідацію та реорганізацію закладів охорони здоров'я : Закон України № 772-VII від 23.02.2014 р. URL : <http://zakon5.rada.gov.ua/laws/show/772-18>.

6. Про внесення змін та визнання такими, що втратили чинність, деяких законодавчих актів України : Закон України № 76-VIII від 28.12.2014 р. // Відомості Верховної Ради України. 2015. № 6. Ст. 40.

7. План заходів з імплементації Угоди про асоціацію між Україною, з однієї сторони, та Європейським Союзом, Європейським Співтовариством з атомної енергії і їхніми державами-членами, з іншої сторони, на 2014 – 2017 роки : затверджено розпорядженням Кабінету Міністрів України № 847-р від 17.09.2014 р. URL : <http://zakon0.rada.gov.ua/laws/show/847-2014-%D1%80/paran12#n12>.

8. Концепція реформи фінансування системи охорони здоров'я України, підготовлена робочою групою з питань реформи фінансування охорони здоров'я при МОЗ України : проєкт. URL : http://moz.gov.ua/docfiles/pre_20160205_0_dod.pdf.

9. Чисельність наявного населення України на 1 січня 2015 року / Державна служба статистики України. URL : http://database.ukrcensus.gov.ua/PXWEB2007/ukr/publ_new1/2015/zb_nas_14.pd.

10. Плани змін в охороні здоров'я на 2017 рік / МОЗ. URL : http://www.moz.gov.ua/ua/portal/pre_20170208_b.html.

11. Ромашкіна О. Хто вирішить питання оснащення сільських ФАПів та амбулаторій. URL : <http://www.golos.com.ua/article/257958>.

12. Дейкун М., Піцуляк М., Кравченко П. Госпітальні округи: ріжемо без наркозу? URL : <http://www.vz.kiev.ua/gospitalni-okrugi-rizhemo-bez-narkozu/24/02/2017>.

13. Примірне положення про госпітальний округ : Наказ Міністерства охорони здоров'я № 165 від 20.02.2017 р. (у редакції наказу Міністерства охорони здоров'я № 1621 від 18.12.2017 р.) // Аптека. URL : <http://www.apтека.ua/article/439010>.

14. Trends in rural hospital closure 1990 – 2000 / U.S Department of Health and Human Services. URL : <https://ruralhealth.und.edu/pdf/fu29.pdf>.

15. Kelley ML, Williams A, DeMiglio L, Mettam H. Developing rural palliative care: validating a conceptual model Rural and Remote Health 11: 1717. (Online). 2011. URL : <http://www.rrh.org.au>. 2002. <https://pdfs.semanticscholar.org/f695/44e05e9958a74fc70068482b213525227b05.pdf>.

Стаття надійшла до редакції 18.12.2017

Схвалена до друку редколегією 26.12.2017

N. Yurystovska

DIRECTIONS FOR ENSURING EQUAL ACCESS TO MEDICAL SERVICES FOR RURAL POPULATION IN THE CONTEXT OF HEALTH CARE REFORM

This article highlights the main directions for the health care reform in Ukraine. On the basis of the analysis of legislation and normative legal acts, the author argues that the rights of each citizen are of declarative character, and the programs, which were

calculated only for a certain time, were not properly financed, and therefore did not reach the main aim – to ensure the equality of citizens of Ukraine in accessible and quality medical care. The unsuccessful attempts to reform the medical branch during 2005-2014 have been analyzed. The essence of the Concept of the Healthcare Financing Reform in Ukraine in 2016 is characterized. The author substantiates that the reorganization of the infrastructure of rural medical establishments is due to the non-compliance of the standards of public planning of the organization of rural medical districts on the basis of population size to current realities; morally obsolete physical condition of premises of feldsher stations and medical equipment; unprofitable system of district hospitals where a significant number of medical and management staff is required to maintain a small number of beds. At the same time, on the other hand, the structure of the aging rural population requires the preservation of the old system of primary medical and sanitary medicine in each populated area (including sparsely populated villages), which is provided by feldsher stations.

Key words: healthcare protection, medical establishments, public administration, rural population, ensuring equality.