

Паньков Віктор

Здобувач вищої освіти ОС «Магістр»
спеціальності «Публічне управління та адміністрування»

Науковий керівник: **Гоголь Т.В.**,
канд. екон. наук, доцент кафедри менеджменту,
публічного управління та адміністрування
Подільський державний аграрно-технічний
університет, м. Кам'янець-Подільський

ПУБЛІЧНЕ УПРАВЛІННЯ У СФЕРІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я СІЛЬСЬКОГО НАСЕЛЕННЯ

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 ВОЗ 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. Так, 35 асамблея 1983 р., яка прийняла поправки до рекомендацій 18-ої Гельсінської асамблеї 1964р. 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.

Розрив між містом і селом у сфері медичних послуг, на думку багатьох вчених, пов'язаний із фокусом фінансування на територіях з більшою кількістю населення. Навіть у такій високорозвиненій країні, як США через скорочення

фінансування на сільську медицину протягом 1990 – 2000 років було закрито 228 сільських лікарень, що призвело до зменшення 8288 ліжок [3]. 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. державна політика скорочення, закриття та централізації медичних закладів внаслідок реформування системи охорони здоров'я у сільській місцевості мали негативний вплив для економіки сільських громад.

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 [4].

У високорозвинених країнах основна ставка у сфері охорони здоров'я в сільській місцевості робиться на сімейних лікарів – лікарів загальної практики. Дещо відмінною є канадська модель охорони сільського здоров'я, що базується на засадах міжсекторального партнерства міністерства охорони здоров'я з провінціями, територіями та муніципалітетами. Протягом останніх десяти років намітилась тенденція залучення до управління в сфері охорони здоров'я громадського сектора, зокрема різного роду недержавних організацій. 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.

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. 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 [2].

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 населі первинної превентивної ланки, в якій найбільше відчувають потребу сільські жителі, держави спрямовують свої комплексні зусилля на пошуки нових форм медичного обслуговування сільських жителів.

Список використаних джерел

1. Gogol T. V. Public administration of the development areas Ukraine. Regional Formation and Development Studies. 2017. № 1 (21). P. 43-52.
2. 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.
3. Trends in rural hospital closure 1990 – 2000 / U.S. Department of Health and Human Services. [S. p.], 2003. May. 19 p.
4. Юристовська Н. Зарубіжний досвід державного забезпечення рівноправності у доступі до медичних послуг сільського населення у процесі реформування системи охорони здоров'я / Н. Юристовська // Ефективність державного управління. 2017. - Вип. 3 (52). Ч. 1. - С. 192-199.