

Н. Юристовська

ЄВРОПЕЙСЬКИЙ ДОСВІД ПУБЛІЧНОГО УПРАВЛІННЯ У СФЕРІ РОЗШИРЕННЯ КАДРОВОГО РЕСУРСУ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я У СІЛЬСЬКІЙ МІСЦЕВОСТІ

Узагальнено європейський досвід подолання розриву нерівності у медичному обслуговуванні між містом та селом. Визначено основні шляхи вдосконалення публічного управління в сфері розширення кадрового ресурсу охорони здоров'я у сільській місцевості України.

Ключові слова: публічне управління, кадровий ресурс, планування і управління ресурсами, охорона здоров'я, медичні працівники, сільська місцевість.

Незважаючи на тривале реформування медичної галузі в Україні, особливо актуальним є покращення її стану у сільській місцевості. Під час інвентаризації Міністерством охорони здоров'я України ресурсів галузі ще 2009 р. виявлено, що сільська медицина потребує побудови 2325 медичних пунктів, 316 сільських лікарських амбулаторій, які обслуговують до 2500 населення, 138 амбулаторій, що обслуговують від 2500 до 5000 населення, та 33 амбулаторій, які обслуговують понад 5000 населення [1]. Небезпечним є те, що в складних соціально-економічних умовах кількість сільських дільничних лікарень скорочується інтенсивними темпами. Протягом 2010 – 2016 рр. вона скоротилася на 74,8% [2]. Натомість відбувається укрупнення лікарняних закладів, що зменшує територіальний доступ населення до медичних послуг і негативно впливає на реалізацію стандартів охорони здоров'я. Майже не застосовуються виїзні форми медичного обслуговування. Незначними є обсяги та якість профілактичних медичних заходів. Упродовж останніх 10 років сільській мережі практично не постачалося медичне обладнання та спеціалізований медичний транспорт. Практично кожний п'ятий фельдшерсько-акушерський пункт та кожна десята амбулаторія оснащені лише частково. Якщо на рівні великих міст та обласних центрів ще можна говорити про впровадження новітніх технологій, методів діагностики та лікування, то сільська медицина, розвиток якої мав би бути пріоритетним, перебуває у критичному стані [3]. Не менш актуальною є проблема кадрового ресурсу галузі охорони здоров'я для сільської місцевості.

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.

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. Серед зарубіжних дослідників, які вивчають різноманітні управлінські аспекти медичного обслуговування сільського населення,

заслужують на увагу дослідження К. Страуме, Д. Шоу, Т. Лай, Т. Хабіхт, Т. Кахура, Т. Акопян, М. Назаретян, Т. Макарової 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, Г. Барміна, Т. Заяць, Г. Краєвська, І. Чкан.

Мета статті – проаналізувати європейський досвід подолання розриву нерівності у медичному обслуговуванні між містом та селом та запропонувати рекомендації щодо публічного управління в сфері розширення кадрового ресурсу охорони здоров'я у сільській місцевості України.

З метою ліквідації розриву нерівності у медичному обслуговуванні Всесвітня організація охорони здоров'я (далі – ВООЗ) заснувала Комісію з соціальних детермінант здоров'я (далі – КСДЗ). Соціальними детермінантами здоров'я у ВООЗ вважають не тільки якість медичних послуг, але і умови, в яких люди народжуються, ростуть, живуть, працюють та старіють, оскільки ці умови і визначають загальний стан відмінностей у стані здоров'я громадян різних країн. Із соціальними детермінантами здоров'я у сільській місцевості пов'язані проблеми:

- більш низької якості медичної інфраструктури, браку кваліфікованих медичних працівників та менш ефективних служб невідкладної медичної допомоги;
- фінансових бар'єрів для отримання якісних медичних послуг, пов'язаних із більш низькими доходами сільського населення;
- більш високих витрат, пов'язаних із додатковими транспортними навантаженнями через велику відстань до центральних лікарень; для перевезення хворих;
- меншого доступу до спеціалізованих послуг і аптек;
- відсутності пропаганди здорового способу життя та відповідних заходів із профілактики захворювань, зокрема раку.

Щодо охорони здоров'я, то 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 та 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 заможніші 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 [4].

У дослідженнях, проведених Європейською асоціацією сільської охорони здоров'я EURIPA відзначається, що медичні працівники в сільській місцевості стикаються з проблемами, пов'язаними з надмірним навантаженням, обмеженістю ресурсів і відсутністю доступу до безперервної освіти і навчання. Це впливає на небажання

випускників медичних закладів працювати у сільській місцевості [5]. Існує також проблема, що у сільській місцевості важко отримати відповідні медичні препарати. Наприклад, у Вірменії дві третини працівників у сфері охорони здоров'я базуються у столиці [6]. У Румунії із загальної кількості аптек тільки одна третя розташовані у сільській місцевості, незважаючи на те, що у цій країні домінує сільське населення. У Болгарії часто є один лікар загальної практики (GP) надання послуг населенню в сільській місцевості. Це обмежує здатність пацієнта здійснювати своє право на вибір лікаря загальної практики і отримати іншу думку [7]. Згадані проблеми поширені навіть у такій високорозвиненій країні, як Норвегія, у якій недостатньо кваліфікованих медичних фахівців у малонаселеній північній частині [8]. Окрім того, через те, що у сільській місцевості працює, як правило, один лікар, порушується право людини на вибір лікуючого лікаря. Дослідник проблем охорони здоров'я в Естонії А. Копелл зауважує, що для сільських жителів майже недоступні реабілітаційні послуги [9]. 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 [10]. Проведені у 34-х європейських країнах дослідження М. Каца показали, що у сільській місцевості недостатня кількість педіатрів і не належним чином функціонує інститут сімейної медицини [11].

Міжнародні організації звертають увагу, що у політиці розвитку охорони здоров'я сільських районів важливе значення має публічне управління людськими ресурсами, оскільки майже половина світового населення, що проживає у сільській місцевості, обслуговується тільки 38% від загального обсягу сестринських кадрів і менше чверті від загальної кількості лікарського персоналу.

Вибір управлінських заходів щодо поліпшення найму та утримання працівників охорони здоров'я в сільській місцевості повинен ґрунтуватися на детальному аналізі комплексу чинників, що впливають на рішення працівників охорони здоров'я покинути сільську місцевість або залишитися там працювати. За визначенням ВООЗ, такими негативними чинниками є: низька заробітна плата, недостатньо забезпечене ресурсами робоче середовище, несприятливі умови життя для себе і своєї сім'ї, а також обмежені кар'єрні можливості. Тому публічне управління повинно бути спрямоване на усунення цих негативних чинників.

Функції публічного управління людськими ресурсами спрямовані у трьох основних напрямках: 1) генерування людських ресурсів; 2) планування і управління ресурсами; 3) фінансування державно-управлінських програм (рис. 1).

Функція генерації ресурсів системи охорони здоров'я включає оптимальне поєднання всіх людських ресурсів, які задіяні у медичній сфері, підтримку їхньої компетентності та продуктивності внаслідок безперервної освіти і професійної підготовки, забезпечення необхідних інвестицій у фізичну інфраструктуру та об'єкти, а також досягнення найкращого доступного поєднання фармацевтичних препаратів і медичних технологій.

М. Дайріт, С. Дола, Й.-М. Брайчет вважають, що планування і управління ресурсами спрямоване у чотири основні сфери, які потребують державної підтримки і стимулювання розвитку: 1) освіту; 2) регулювання; 3) фінансове стимулювання; 4) особисту і професійну підтримку медичного персоналу. Розглянемо кожну із згаданих сфер [12].

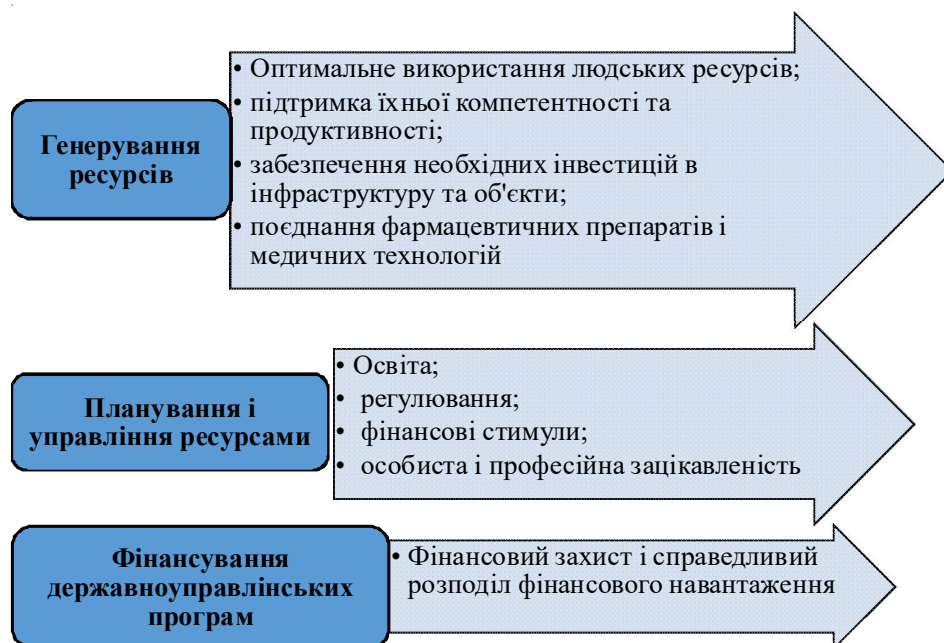


Рис. 1. Функції публічного управління людськими ресурсами

Публічне управління у сфері освіти передбачає комплекс заходів щодо прийому у медичні заклади випускників сільських шкіл з умовою, що вони будуть проходити медичну практику в сільській місцевості:

– стимулювання відкриття нових освітніх медичних закладів та університетських містечок за межами великих міст, випускники яких профілювалися б для роботи у сільській місцевості;

– посилення співпраці адміністрації та викладачів медичних освітніх закладів з сільськими громадами для того, щоб вони могли позитивно вплинути на направлення випускників у сільську місцевість;

– вдосконалення освітніх програм студентів і наукових тем для аспірантів з метою заохочення досліджень проблем охорони здоров'я в сільських регіонах;

– проектування безперервної освіти і вдосконалення програм професійного розвитку, які б відповідали потребам сільських медичних працівників та які були б доступні для працівників віддалених від центрів регіонів [13].

З метою збільшення потенціалу медичних кадрів для сільської місцевості відповідним міністерствам необхідно також здійснити заходи регуляторного спрямування:

– запровадження системи класифікації медичних працівників за різними типами відповідної підготовки, виділивши в окрему категорію медичних працівників, які практикують у сільських і віддалених районах;

– надання стипендій чи інших освітніх субсидій для навчання у вищих навчальних закладах і коледжах для студентів, які погоджуються працювати у сільській місцевості;

– запровадження вимог обов'язкової служби в сільських і віддалених районах випускників ВНЗ, які були прийняті на навчання на пільгових умовах;

– створення більш привабливих умов роботи медичних працівників у сільських і віддалених районах шляхом державної підтримки і стимулювання [14].

Фінансові стимули передбачають соціальні допомоги, субсидії на житло, безкоштовний транспорт і додатково оплачувані відпустки, які б переважили альтернативні додаткові витрати, пов'язані з роботою в сільській місцевості.

Надання державою особистої і професійної підтримки передбачає управлінські заходи, спрямовані на те, щоб зробити посади сільських медичних працівників привабливішими:

– надання державної допомоги у поліпшенні житлових умов для медичних працівників і їх сімей, зокрема у розвитку інфраструктури і послуг (каналізація, електропостачання, телекомунікації, школи тощо), адже ці фактори впливають на рішення працівника охорони здоров'я, щоб визначити місце праці у сільській місцевості;

– впровадження відповідних інформаційно-пропагандистських заходів із метою сприяння співробітництву сільських медичних працівників із центральними медичними закладами, зокрема використання телемедицини;

– розвиток і підтримка програм кар'єрного росту в результаті досвіду, освіти і професійної підготовки; проведення заходів суспільного визнання, таких як сільські дні здоров'я, нагород і звань на місцевому, національному і міжнародному рівнях;

– зниження почуття професійної ізоляції шляхом державної підтримки розвитку професійних мереж, сільських асоціацій фахівців охорони здоров'я, а також випуск спеціальних сільських журналів здоров'я [15].

Згадані вище заходи публічного управління працюють у Норвегії, де щільність лікарів та інших фахівців у галузі охорони здоров'я є одним із найвищих у Європі. Проте у північній частині країни, зокрема графстві Фіннмарк, криза кадрових ресурсів охорони здоров'я досягла свого піку в 1997 р. З метою покращення ситуації була запущена ініціатива інтернатури. Стажерам, які погоджувались зайняти вакантні посади у графстві Фіннмарк, відшкодовувались усі витрати на навчання. З метою досягнення повної спеціалізації у сфері загальної практики та громадської охорони здоров'я медична асоціація згаданого округу також двічі у році організовувала курси та професійні стажування. Унаслідок таких заходів половина із 267 направлених на стажування в Фіннмарк випускників медичних ВНЗ залишилась тут працювати [16].

У контексті реалізації державної політики децентралізації в Україні необхідним є перехід від державної до державно-громадської форми управління галуззю охорони здоров'я, що полягає в активізації участі професійних і громадських організацій за всіма аспектами діяльності, прогнозуванні розвитку закладів, оцінюванні якості медичних послуг, посиленні ролі органів громадського самоврядування, створенні чіткої і прозорої системи звітності її органів управління перед громадськістю як головним споживачем соціальних послуг. Однак успішне здійснення реформ у сфері сільської медицини передбачає наявність об'єктивної інформації щодо рівня соціально-економічного розвитку сільських територій, їх можливостей утримувати соціальну, зокрема і медичну, інфраструктуру. У цьому аспекті важливим є відновлення статистичних обстежень соціально-економічного стану сільських населених пунктів України.

Окрім управління людськими ресурсами, важливу роль у забезпеченні сільської місцевості медичними кадрами відіграє функція стратегічного управління, системи охорони здоров'я, спрямована на покращення координації між центральними і місцевими

рівнями. Однак дослідження всіх компонентів стратегічного управління щодо сільської охорони здоров'я виходить за межі цієї статті.

Отже, надання якісних медичних послуг у сільській місцевості утруднюється низкою проблем, пов'язаних із більш низькою щільністю населення, великими відстанями поїздки як пацієнтів, так і лікарів, а також незбалансованою медичною інфраструктурою та відсутністю економії масштабу. Використання європейського досвіду публічного управління у сфері розширення кадрового ресурсу охорони здоров'я у сільській місцевості найперше полягає у державному коригуванні медичної освіти: планування щодо повернення в село випускників медичних навчальних закладів; регулювання фінансових стимулів і професійної підтримки; підвищена увага до забезпеченню наявності та доступності аптек і основних лікарських засобів у сільській місцевості. В Україні необхідно удосконалити систему фінансового і професійного стимулювання медичних працівників сільської місцевості. Потребує реформування система трудових відносин у сфері охорони здоров'я, яка тісно пов'язана із процесами децентралізації в Україні, структурними змінами у медичній галузі та новими запитами, що забезпечують її розвиток у ринкових умовах.

Список використаної літератури

1. Барміна Г. Відродження первинної ланки медицини на селі / Г. Барміна // Аптека.ua [Електронний ресурс]. — 2009. — № 32. — Режим доступу : <http://www.apteka.ua/article/36455>.
2. Заяць Т. А. Сільська інфраструктура охорони здоров'я України: проблеми збереження і розвитку / Т. А. Заяць, Г. О. Краєвська // Економіка і регіон [Текст] / Інститут демографії та соціальних досліджень ім. М. В. Птухи НАН України. — 2014. — № 3 (46). — С. 58—61.
3. Чкан І. О. Стратегічні реформи України – медицина в селі / Чкан І. О. // Стратегічні реформи України – медицина в селі [Електронний ресурс] : зб. наук. пр. Таврійського державного агротехнологічного університету (економічні науки). — 2013. — № 1(1). — Режим доступу : http://nbuv.gov.ua/UJRN/znptdau_2013_1_1_49.
4. IFAD: Who we are <https> [Electronic resource]. — Access mode : www.ifad.org/who/overview.
5. EURIPA Rural Health Forum 2016 [Electronic resource]. — Access mode : <http://www.woncaeurope.org/content/euripa-rural-health-forum-2016>.
6. Hakobyan T. Armenia: health system review / T. Hakobyan, M. Nazaretyan, T. Makarova [and so on] // Health Systems in Transition [Electronic resource]. — 2006. — Vol. 8. — № 6. — Access mode : http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0004/96430/E89732.pdf, accessed 15 August 2010).
7. Georgieva L. Bulgaria: health system review / L. Georgieva, S. Petko, SR. Dimitrova [and so on] // Health Systems in Transition [Electronic resource]. — 2007. — Vol. 9 (1). — Access mode : http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0006/80592/E90023.pdf.
8. Straume K. Effective physician retention strategies in Norway's northernmost county / K. Straume, D. Shaw // Bulletin of the World Health Organization [Electronic resource]. — 2010. — Accessed 15 (September). — № 88. — Access mode : <http://www.who.int/bulletin/volumes/88/5/09-072686.pdf>.
9. Lai T. Estonia: health system review / T. Lai, T. Habicht, K. Kahur // Health Systems in Transition [Electronic resource]. — 2013. — Vol. 15. — № 6. — Access mode : http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0018/231516/HiT-Estonia.pdf.

10. Jowett M. Extending population coverage in the national health insurance scheme in the Republic of Moldova: strategic options [Electronic resource] / M. Jowett, S. Shishkin. — Access mode : http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0005/79295/E93573.pdf.
11. Katz M. Demography of pediatric primary care in Europe: delivery of care and training / M. Katz, A. Rubino, J. Collier [and so on] // Pediatrics [Electronic resource]. — 2002. — № 109. — May. — Access mode : <http://pediatrics.aappublications.org/cgi/content/full/109/5/788>.
12. Dayrit M. One piece of the puzzle to solve the human resources for health crisis [Electronic resource] / M. Dayrit, C. Dolea, J. Braichet ; Department of Human Resources for Health, World Health Organization. — [S. p. : s. n.], 2010. — Access mode : <http://www.who.int/bulletin/volumes/88/5/10-078485/en>.
13. Recruitment and Retention of the Health Workforce in Europe [Electronic resource] : Report on evidence of effective measures to recruit and retain health professionals in the EU and EEA/EFTA countries. — Annex 7. — Access mode : http://ec.europa.eu/health/workforce/docs/2015_healthworkforce_recruitment_retention_annex7_en.pdf.
14. Magnus J. Rural doctor recruitment: does medical education in rural districts recruit doctors to rural areas? / Magnus J., Tollan A. // Medical Education [Text]. — 1993. — P. 184—186.
15. Recruitment and Retention of the Health Workforce in Europe...
16. Westin S. A group-based training programme for general practitioners: a Norwegian experience / Westin S., Østensen AI., Lövslett K. // Fam Pract [Electronic resource]. — 1988. — Vol. 5. — Access mode : <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/2587873>.

*Стаття надійшла до редакції 31.05.2016
Схвалена до друку редколегією 22.06.2016*

N. Yurystovska

**EUROPEAN EXPERIENCE IN PUBLIC MANAGEMENT
IN THE AREA OF STAFF RESOURCE EXPANSION
FOR HEALTH CARE IN THE COUNTRYSIDE**

The European experience in overcoming the inequality gap in medical services between a city and a village is generalized. The major ways to improve public management in the area of staff resource expansion for health care in the countryside are defined.

Key words: public management, staff resource, resource planning and management, health care, medical workers, countryside.