УДК 725.51

кандидат архітектури, **Булах І. В.,**
Київський національний університет будівництва і архітектури,
irabulakh81@gmail.com, orcid.org/0000-0002-3264-2505

ДОСВІД ОРГАНІЗАЦІЇ СИСТЕМИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я У СПОЛУЧЕНИХ ШТАТАХ АМЕРИКИ ТА ФРАНЦІЇ ІЗ ВИЗНАЧЕННЯМ В НИХ МІСЦЯ МЕРЕЖІ ДИТЯЧИХ ЛІКУВАЛЬНИХ ЗАКЛАДІВ

Анотація: розглянуто особливості організації системи охорони здоров'я та системи фінансування у таких провідних країнах світу, як Сполучені Штати Америки та Франції, проаналізовано організацію архітектурно-містобудівної мережі медичних об'єктів державного і приватного рівнів підпорядкування. Досліджено рівні надання медичної допомоги і їх частку у загальному забезпеченні медичним обслуговуванням населення. Проаналізована загальна кількість лікувально-профілактичних закладів в масштабах країн. Особлива увага приділена визначенню у американській та французькій системі охорони здоров'я місця мережі дитячих лікувальних об'єктів.

Ключові слова: архітектура, містобудування, система, лікувальні заклади, мережа закладів охорони здоров'я.

Актуальність теми і постановка проблеми. Фундаментом національної політики в галузі охорони здоров'я у більшості країн світу являється правова база, розроблена відповідно до міжнародних норм і стандартів, викладених у правових актах Організації Об'єднаних Націй, Ради Європи, Всесвітньої організації охорони здоров'я, Міжнародної організації праці. Формування моделі управління охороною здоров'я відбувається відповідно до соціально-економічної політики, що проводиться в державі. Незважаючи на різноманіття форм організації системи охорони здоров'я, специфіку економічних відносин у цій галузі, можна виокремити кілька параметрів, що відображають її головні економічні характеристики: відношення власності; способи фінансування; механізми стимулювання медичних працівників і населення. Спосіб фінансування галузі охорони здоров'я зумовлює і впливає на систему організації охорони здоров'я. Проте в кожній країни модель фінансування охорони здоров'я складалася протягом багатьох років і залежала від багатьох чинників. Саме тому практично не існує держави з "чистою" формою системи фінансування медичної галузі, яка постійно вдосконалюється, розвивається й реформується. Дослідження форм організації системи охорони здоров'я у провідних країнах світу стане в нагоді при спробі реформування та переосмислення вітчизняної медичної галузі.

Аналіз досліджень та публікацій. Науково-методичною базою для проведення дослідження є фундаментальні праці в галузі історії архітектури та містобудування: А. В. Іконнікова, С. О. Хан-Магомедова, О. В. Орельської, І.А. Височина, М. А. Вотінова. Теоретичні та практичні питання аналізу містобудівних систем, розглядалися у дослідженнях К. Лінча, О. Е. Гутнова, С. Л. Глазичева; використанням системного аналізу в архітектурно-містобудівних системах займалися Ю. П. Сурмін, Г. І. Лаврик. Архітектурна типологія та планування медичних закладів досліджували: Р. У. Аллен, Дж. Л. Бишоп, П. Бландела, Т. О. Буличова, Т. В. Зюзіна-Зінченко, К. Ю. Підгірняк. Закордонний досвід архітектурно-просторової організації медичних закладів висвітлено у працях архітекторів: К. Шермера, Ф. Меусера, Х. Нікла, Х. Никл-Веллер. Головна увага дослідників була сконцентрована на вирішенні загальнотеоретичних питань формування архітектури медичних закладів або на організації архітектурного середовища медичних закладів певного фахового напряму, водночас, дослідження динаміки архітектурно-містобудівного розвитку системи дитячих лікувальних комплексів виявилось нерозкритою.

Мета статті. Визначити основні особливості та провести аналіз досвіду організації системи охорони здоров'я у провідних країнах світу (США та Франція) із визначенням в них місця мережі дитячих лікувальних закладів.

Виклад основного матеріалу. Виходячи з міжнародного досвіду організації охорони здоров'я, можна виділити три основні економічні моделі галузі охорони здоров'я: державна медицина, що фінансується з державного бюджету (моделі Беверіджа і Семашка); система охорони здоров'я, що ґрунтується на засадах соціального страхування та регулювання ринку з багатоканальною системою фінансування (модель Бісмарка); приватна медицина, сформована на ринкових принципах з використанням приватного медичного страхування.

В моделі приватної системи охорони здоров’я всі учасники (страхові компанії, надавачі та споживачі медичних послуг) взаємодіють як вільні суб’єкти ринку. До переваг цієї моделі слід віднести наявність стимулів для розвитку професіоналізму медичних працівників, забезпечення високої якості медичної допомоги, мобільність ресурсів та інтенсивний розвиток нових медичних технологій. Суттєвим недоліком моделі є значні соціально-економічні витрати. Характерним представником моделі приватної системи охорони здоров’я виступає США. Система охорони здоров'я в Сполучених Штатах Америки займає провідне місце в світі за масштабами зосереджених в ній ресурсів. Число зайнятих в галузі осіб понад 10 млн. По видатках на медицину США займають перше місце в світі як в абсолютних цифрах (2,26

трильйона доларів або 7439 доларів на одну людину), так і у відсотках до ВВП (16%). Сполучені Штати займають провідне місце в світі за рівнем результативності наукових досліджень у галузі медицини − 18 з 25 останніх лауреатів Нобелівських премій в області медицини були американськими громадянами або запрошеними вченими. На американців припадає половина всіх створених за останні 20 років медичних препаратів. США єдина промислово розвинена нація, яка не гарантує своїм громадянам універсальної і всеосяжної системи медичного страхування. Незважаючи на вражаючі успіхи американської охорони здоров'я та системи медичних послуг, мільйонам американців вони недоступні через значну вартість (не мають медичний поліс 16,7% населення, 30% медична допомога надається в неповному обсязі). Структура системи охорони здоров'я США підпорядкована Міністерству охорони здоров'я і соціальних служб до складу якого входять 10 регіональних представників. Підконтрольними Міністерству охорони здоров'я і соціальних служб виступають допоміжні урядові структури: Служба суспільної охорони здоров'я та Управління фінансування медичної допомоги.

Медицина США функціонує на наступних рівнях надання медичної допомоги населенню країни: сімейна медицина; госпітальна допомога, яка займає центральне місце в медичній системі; громадська охорона здоров'я. До складу системи охорони здоров'я США входять численні медичні служби, що розрізняються за типом фінансування і виконуваних функцій: служби громадського здоров'я та профілактичної медицини (займаються профілактикою захворювань, наглядом за екологічним станом, контролем якості їжі, води, повітря тощо); служби не екстреної амбулаторної допомоги; просте стаціонарне обслуговування (спеціалізується на короткочасній госпіталізації); складне стаціонарне обслуговування (надання тривалого, висококваліфікованого і технічно складного лікування в стаціонарі).

Лікарні в Америці діляться на три типи: державні – надають послуги для ветеранів, інвалідів, держслужбовців, хворих на туберкульоз та психічні захворювання; приватні прибуткові (комерційні) (до 30% всіх лікарень) – медичне бізнес-підприємство, яке формує свій капітал на індивідуальній, груповій та акціонерній основі; приватні «безприбуткові» − створюються за ініціативою релігійних або етнічних груп чи місцевих жителів, на яких припадає фінансування до 70% від загального фонду. В Сполучених Штатах сьогодні функціонує 1100 крупних лікарняних комплексів, з яких 196 формують основу мережі дитячої охорони здоров'я країни.

Наступною моделлю організації системи охорони здоров'я виступає модель Бісмарка, яка базується переважно на обов’язковому соціальному страхуванні відповідно до визначеного рівня доходу. Ця модель характерна для

таких країн, як Австрія, Бельгія, Франція, Німеччина, Нідерланди, Швейцарія, Японія тощо. Одним із головних принципів медичного страхування є соціальна солідарність та субсидіарність, а ризики окремих груп населення розподіляються на все населення. Дослідження, проведені міжнародними організаціями (Європейський союз, ОЕСР, ВООЗ та ін.) підтверджують, що Франція має одну з найбільш ефективних систем охорони здоров'я в світі. Вищим державним органом охорони здоров'я Франції виступає Міністерство охорони здоров'я і соціального забезпечення. Сьогодні у країні існує широко розвинена система страхової медицини, провідну роль в медичному обслуговуванні населення виконує як приватний медичний сектор, так і державна мережа служби охорони здоров'я Франції.

Організація медичної допомоги у Франції передбачає два основних рівня: першого та вторинного рівня надання медичних послуг. Перший рівень медичної допомоги забезпечується розвиненою мережею амбулаторій, приватних кабінетів сімейних лікарів, медичних центрів, а також ці медичні послуги можна отримати у лікарнях. Надання вторинного рівня медичної допомоги в системі охорони здоров'я Франції передбачено у державних і приватних лікарнях. Державні лікарні поділяються на 3 категорії: місцеві або сільські лікарні, з числом ліжок не більше 40; загальні лікарні з широким діапазоном медичних служб, розраховані на 1000 ліжок; клінічні лікарні з навчальною та науково-дослідницькою базою. Основним висновком щодо дослідження питання містобудівного розвитку мережі дитячих лікувальних комплексів у провідних державах світу є те, що у Франції не існує виокремлення медичної допомоги для дитячої верстви населення у окрему категорію – первинна і вторинна медична допомога надається у межах багатопрофільних медичних закладів.

Починаючи з 1996 р. у Франції впроваджено територіальне управління системою охорони здоров'я, яке розподілено по регіонах і виконується регіональними лікарняними агентствами (ARH). План регіональної організації охорони здоров'я (Sros) з урахуванням специфічних медичних, демографічних і стратегічних чинників дозволяє ефективно планувати і контролювати актуалізацію потреб у медичних послугах кожного з регіонів. Регіональний план організації охорони здоров'я встановлює напрямки розвитку охорони здоров'я на п'ятирічний період в масштабах регіону з метою раціонального використання територіальних лікарняних засобів і поліпшення якості послуг. Державна лікарняна система (SPH) Франції заснована на основних принципах: єдність лікарняної системи, рівність доступу до лікування, безперервність медичних послуг, гнучкість для забезпечення оптимальної якості послуг на всій території країни. Принцип єдності лікарняної системи передбачає взаємодію

всіх медичних установ країни: державних, некомерційних і приватних з метою суспільної користі населенню Франції. Цікавим повноваженням регіонального агентства охорони здоров'я Франції є те, що на будь-яку приватну медичну установу можуть бути покладені завдання державної служби (на добровільних засадах, на прохання регіонального агентства охорони здоров'я або навіть в обов'язковому порядку), в результаті чого такий медичний заклад отримує статус суспільно корисного приватного медичного закладу (ESPIC).

Французький лікарняний сектор сьогодні налічує 2710 медичних закладів з пропускною здатністю близько 416700 ліжок при повному завантаженні і приблизно 63000 місць для короткочасного прийому пацієнтів. Лікарняний сектор ділиться на три категорії: державні установи, приватні некомерційні установи та комерційні установи. Державні лікарняні установи (EPS) Франції налічують 956 закладів і об'єднують приблизно 62,5% ліжок в лікарнях (260642 ліжка) і близько 60% місць амбулаторного прийому (37761 місць). Державні лікарні являються державними юридичними особами, які забезпечують суспільно корисну функцію і знаходяться у веденні адміністративно територіального утворення (комуни).

Державний сектор об'єднує установи, що займаються діяльністю в медичній (лікарні), соціальній (будинки для людей похилого віку) і медико-соціальній (спеціалізовані центри) області. Загальна назва «державна лікарня» охоплює дві основні категорії державних лікувальних установ: регіональні лікарняні центри (CHR); лікарняні центри (CH), загальні лікарняні центри (CHG) і місцеві лікарні. Вони мають ідентичне фінансування, відрізняючись функцією і периметром дії.

Регіональні лікарняні центри (CHR) Франції налічують 33 медичні установи, які забезпечують всі спеціалізовані послуги поточного медичного обслуговування місцевого населення, а також здійснюють допомогу іншим установам регіону. Регіональні лікарняні центри, в число яких входить понад 200 лікарняних об'єктів, що мають близько 3000 відділень (департаментів) і пропускну здатність 80 000 ліжок і приблизно 7000 місць денного стаціонару, складають 35% діяльності французького державного лікарняного сектора. Більшість регіональних лікарняних центрів пов'язані договорами з одним або декількома медичними факультетами, отримуючи при цьому статус регіонального лікувально-університетського центру і виконуючи тим самим потрійну задачу: прийом хворих, навчання і наукові дослідження.

Із загальної кількості регіональних лікувально-університетських центрів, 29 розташовані у великих агломераціях (Париж, Ліон, Страсбург, Марсель тощо) або у великих містах (Нант, Гренобль, Рен, Сент-Етьєн та ін.). Центри загальної практики (CH або CHG) налічують 810 медичних установ. Всі

лікарняні центри (CH) складають більше половини місць госпіталізації (154182 ліжок) і більшу частину місць денного стаціонару державного сектора (11500 місць). У число лікарняних центрів входить понад 300 місцевих лікарень (HL), старих сільських лікарень, які становлять близько третини загального лікарняного фонду і приблизно 4% ліжок державного сектора. Розташовані зазвичай в сільських комунах, вони надають короткочасне лікування першого рівня медичної допомоги для місцевого населення.

Приватний лікарняний сектор Франції налічує 1800 закладів, близько 156000 ліжок та 25400 місць денного стаціонару. До приватних медичних закладів входять установи комерційного характеру (клініки) і некомерційні установи, які беруть участь в державній лікарняній службі. Приватні комерційні установи складають 1047 клінік, налічують 97 600 ліжок і близько 14 000 місць денного стаціонару. Оскільки клініки повинні виконувати медичні завдання для певної території, вони повинні отримувати попередні дозволи державних органів (на створення, розширення, придбання великого устаткування тощо). Некомерційні приватні установи складають 707 закладів, налічують 58500 ліжок та 11 360 місць денного стаціонару.

Ці медичні установи, що володіють компетентністю в різних медичних, соціальних і медико-соціальних галузях, забезпечують комплексне обслуговування пацієнтів. Зазвичай підвідомчі асоціаціям, товариствам взаємодопомоги або фондам, ці установи користуються автономністю управління. Тим не менш, вони мають порядок фінансування, практично ідентичний державним лікарням і підкоряються тим же зобов'язанням прийому пацієнтів. Особлива категорія приватних некомерційних установ представлена 19 регіональними центрами профілактики і лікування ракових захворювань (CLCC), які є лікарняно-університетськими установами охорони здоров'я та партнерами державної лікарняної системи. Ці установи надають близько 2900 ліжок в 16 регіонах і відповідно до статуту виконують потрійну задачу: забезпечення лікування, проведення наукових досліджень і навчання, спрямованих виключно на профілактику і лікування раку.

У системі охорони здоров'я Франції до спеціалізованих медичних установ відносяться наступні медичні профілі: лікування психічних захворювань і геронтологічних хворих. Організація державної психіатрії поділяється на психіатричні сектори, покликані забезпечити догляд в лікарняному закладі або вдома, адаптований до потреб різних категорій пацієнтів: дорослих, осіб, які перебувають під вартою, дітей і підлітків. Французька система охорони здоров'я налічує 90 спеціалізованих психіатричних лікарняних центрів (CHS), а також 140 приватних психіатричних установ. Серед найкращих багатопрофільних лікарень Франції, які забезпечують якісне та ефективне

лікування дітей і є визнаними на міжнародному рівні в цій галузі, необхідно відмітити наступні: Hôpital Necker-Enfants malades, Hôpital Armand-Trousseau, Hôpital Robert Debré, Hôpital Pellegrin, Hôpital Lenval, Hôpital Purpan, Hôpital Gatien de Clocheville.

Висновок. США виступає представником моделі приватної системи охорони здоров'я, яка займає провідне місце в світі за масштабами зосереджених в ній ресурсів. Медицина США передбачає наступні рівні надання медичної допомоги населенню: сімейна медицина; госпітальна допомога; громадська охорона здоров'я. До складу системи охорони здоров'я США входять медичні служби, що розрізняються за типом фінансування і виконуваних функцій: служби громадського здоров'я та профілактичної медицини; служби не екстреної амбулаторної допомоги; просте стаціонарне обслуговування; складне стаціонарне обслуговування. Лікарні в Америці діляться на три типи: державні, приватні прибуткові та приватні безприбуткові. На первинному рівні медичної допомоги дитяча верства населення США обслуговується разом з дорослим населенням у лікарів сімейної медицини. Другий рівень медичної допомоги дітям характеризується спеціалізованою розвиненою мережею дитячих медичних центрів та лікарень.

Організація системи охорони здоров'я Франції побудована за моделлю Бісмарка, яка базується на обов'язковому соціальному страхуванні відповідно до визначеного рівня доходу. Організація медичної допомоги у Франції передбачає два основних рівня: первинного та вторинного рівня надання медичних послуг. Перший рівень медичної допомоги забезпечується розвиненою мережею амбулаторій, приватних кабінетів сімейних лікарів, медичних центрів, також ці медичні послуги можна отримати у лікарнях. Надання вторинного рівня медичної допомоги в системі охорони здоров'я Франції передбачено у державних і приватних лікарнях. У Франції не існує виокремлення медичної допомоги для дитячої верстви населення в окрему категорію – медична допомога надається у межах багатопрофільних медичних закладів.

Список літератури

1. Кузьменко В. Г. Здравоохранение в условиях рыночной экономики / В.Г. Кузьменко, В.В. Баранов, Ю.В. Шиленко. – М.: Медицина, 1994. – 297 с.
2. Индейкин Е. Н. Финансирование здравоохранения / Е. Н. Индейкин, В. И. Кричагин, И. С. Мыльникова. – М.: Присцельс, 1992. – 78 с.
3. Салтман Р. Б. Реформы системы здравоохранения в Европе. Анализ современных стратегий / Р. Б. Салтман, Дж. Фигейрас. – М.: ГЭОТАР

Медицина, 2000. – 431 с.
4. Кучеренко В.З. Реформирование здравоохранения за рубежом / В. З. Кучеренко, В. Ю. Семенов, В. В. Гришин, Л. Е. Сырцова. – М., 2000. – 96 с.
5. Моргачев В. Н., Формы и методы территориального управления в США и Канаде / В. Н. Моргачев. – М.: Наука, 1987. – 195 с.

Аннотация

К. арх. Булах И. В. Киевский национальный университет строительства и архитектуры.

Опыт организации системы здравоохранения США и Франции с определением в них места сети детских лечебных учреждений.

Рассмотрены особенности организации системы здравоохранения и системы финансирования в США и Франции, проанализирована организация архитектурно-градостроительной сети медицинских объектов государственного и частного уровней подчинения. Исследованы уровни оказания медицинской помощи и их доля в общем обеспечении медицинского обслуживания населения. Проанализировано общее количество лечебно-профилактических учреждений в масштабах страны. Особое внимание уделено определению в американской и французской системе лечебно-профилактических учреждений места сети детских лечебных объектов.

Медицина США предусматривает следующие уровни оказания медицинской помощи населению: семейная медицина; госпитальная помощь; общественное здравоохранение. В состав системы здравоохранения США входят медицинские службы, различающиеся по типу финансирования и выполняемых функций: службы общественного здоровья и профилактической медицины; службы не экстренной амбулаторной помощи; простое стационарное обслуживание; сложное стационарное обслуживание. Больницы в Америке делятся на три типа: государственные, частные прибыльные и частные бесприбыльные. На первичном уровне детское население США обслуживается у врачей семейной медицины. Второй уровень характеризуется развитой сетью детских медицинских центров и больниц. Организация системы здравоохранения Франции построена по модели Бисмарка и предусматривает два основных уровня: первичный и вторичный. Первый уровень медицинской помощи обеспечивается развитой сетью амбулаторий, кабинетов семейных врачей, медицинских центров. Вторичный уровень предусмотрен в государственных и частных больницах. Во Франции не существует выделения медицинской помощи для детского населения в отдельную категорию – помощь оказывается в многопрофильных медицинских учреждениях.

Ключевые слова: архитектура, градостроительство, система, лечебные учреждения, сеть учреждений здравоохранения.

Annotation

PhD architecture, Bulakh I. V. Kiev National University of Construction and Architecture.

Experience of the organization of the health system in the United States of America and France with the determination of the children's medical network.

The specifics of the organization of the health care system and the financing system in the United States and France are considered, and the organization of the architectural and town-planning network of medical facilities of the state and private levels of subordination is analyzed. The levels of medical care and their share in the overall provision of medical services to the population have been studied. The total number of medical and prophylactic institutions in the country has been analyzed. Particular attention is paid to the definition of a network of children's medical facilities in the American and French system of medical and preventive institutions.

The United States is a representative of the private healthcare model, which occupies a leading position in the world in terms of the scale of its resources. US Medicine provides for the following levels of medical care for the population: family medicine; hospital assistance; public health care. The US health system includes medical services that differ in type of funding and functions: public health services and preventive medicine; non-emergency ambulatory care services; simple stationary service; complex stationary service. Hospitals in America are divided into three types: state, private, lucrative, and private non-profit. At the primary level of care, the children of the US population are served with the adult population of family medicine doctors. The second level of medical care for children is characterized by a specialized developed network of children's medical centers and hospitals.

The organization of the French health care system is based on the Bismarck model, which is based on compulsory social insurance in accordance with a defined income level. The organization of medical care in France involves two main levels: the primary and secondary levels of provision of medical services. The first level of medical care is provided by a developed network of outpatient clinics, private clinics of family doctors, medical centers, and also these medical services can be received in hospitals. The provision of secondary care in the healthcare system of France is foreseen in public and private hospitals. In France, there is no distinction of medical care for the children of the population in a separate category - medical care is provided within the framework of multidisciplinary medical institutions.

Keywords: architecture, city planning, system, medical institutions, network of health facilities.