УДК 351.77

О. Д. Фірсова,
слухач, Національна академія державного управління при Президентові України

СИСТЕМА ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я НОРВЕГІЇ, ОСОБЛИВОСТІ ЇЇ ОРГАНІЗАЦІЇ НА МУНІЦИПАЛЬНОМУ РІВНІ: ДОСВІД ДЛЯ УКРАЇНИ

У статті проаналізовано структуру системи охорони здоров'я Норвегії, розглянуто особливості надання медичних послуг на муніципальному рівні.

In article the structure of the Norwegian healthcare system is analyzed. The features of medical service at the municipal level are considered.

Ключові слова: система охорони здоров'я, медичне обслуговування, муніципальний рівень.
Key words: healthcare system, medical service, municipal level.

Est rerum omnium magister usus
Учителем всіх справ є досвід

ВСТУП

В Україні в умовах демографічної кризи реалізація політики збереження здоров'я нації, реформування галузі охорони здоров'я мають стати стратегічними пріоритетами суспільного розвитку. З огляду на появу новітніх технологій, дефіцит фінансування галузі, зростання потреб пацієнтів у якісній медичній допомозі, децентралізацію управління, перехід до ринкових відносин, всю діяльність держави щодо охорони здоров'я в Україні необхідно спрямовувати на досягнення цією галуззю сучасного світового рівня. При запровадженні реформ у галузі охорони здоров'я важливим є досвід розвитку систем охорони здоров'я розвинених європейських країн. Корисним прикладом для України можна вважати норвезьку систему охорони здоров'я.

Аналіз останніх досліджень і публікацій з даної проблематики свідчить, що окремі важливі аспекти управління охороною здоров'я вже стали предметом розгляду багатьох дослідників. Вагомий внесок у розвиток теорії та практики державного управління охороною здоров'я зробили Ю.В. Вороненко, З.С. Гладун, М.В. Голубчиков, Т.С. Грузєва, Л.І. Жаліло, В.І. Журавель, В.В. Загородній, С.О. Козуліна, Б.П. Криштопа, В.М. Лехан, В.П. Мегедь, В.Ф. Москаленко, В.В. Пасько, Л.А. Пиріг, Я.Ф. Радиш, В.В. Рудень, І.М. Солоненко, А.Р. Уваренко та інші.

Реформи державного регулювання охорони здоров'я, що здійснюються у Норвегії у відповідь на виклики сучасного світу (процеси глобалізації, старіння населення, зростання очікувань громадян), досліджують у своїх працях зарубіжні науковці: M.McKee, K.Vrangboek, R.Saltman, J.Johnsen,T.Hagen. Роль громади у виробленні політики в здоровоохоронній сфері знаходиться в центрі уваги U.Winblad, A.Ringard, T.Hervey.

МЕТА СТАТТІ

Мета статты — дослідити структуру системи охорони здоров'я Норвегії, вивчити питання організації охорони здоров'я на муніципальному рівні.

ВИКЛАД ОСНОВНОГО МАТЕРІАЛУ ДОСЛІДЖЕННЯ

Державним пріоритетом для охорони здоров'я Норвегії згідно національного плану у сфері охорони здоров'я визначено подолання соціальної нерівності та забезпечення справедливості. Відповідно до прийнятої стратегії розвитку організаційна структура норвезької системи охорони здоров'я базується на принципі рівного доступу до послуг: усі жителі повинні мати однакові можливості доступу до медичних послуг, незалежно від соціального чи економічного становища і географічного положення. Треба зауважити, що Норвегія – це держава, де у 2009 р. (рік світової кризи) профіцит бюджету становив 10,3 % ВВП, у 2010 р. профіцит бюджету — 9,7% ВВП, у бюджеті на 2011 р. закладено показник профіциту 9, 6% ВВП [7]. Тому фінансування охорони здоров'я у розмірі близько 10% ВВП дозволяє успішно здійснювати реформи галузі [10].

У структурі управління охороною здоров'я Норвегії виділяють три рівні: національний, регіональний і муніципальний (рис. 1) [3].

Органи центральної влади визначають національну політику в галузі охорони здоров'я, розробку і втілення нормативно-правової бази, обсяг державних коштів, що асигнуються в охорону здоров'я. Основна відповідальність за надання спеціалізованого медичного обслуговування лежить на регіональних управліннях охорони здоров'я. На місцевому рівні забезпечується фінансування і організація первинної медико-санітарної допомоги та соціального обслуговування.

Фінансування охорони здоров'я Норвегії відбувається за рахунок [3]:

1) оподаткування на муніципальному, провінційному, центральному рівнях, встановленому центральними органами влади за рішенням парламенту. Окремий податок на охорону здоров'я відсутній;

2) державної системи страхування, що фінансується за рахунок держави, працедавців, працівників;

3) надання платних послуг — відповідно до Переліку платних послуг.

Частка державного фінансування охорони здоров'я сягає 85 % [3]. Щороку парламентом визначається граничний рівень витрат населення за платні послуги та визначається перелік платних послуг. Якщо упродовж календарного року сума витрат пацієнта сягає граничного рівня, то медичне обслуговування для нього стає безкоштовним до кінця року. Різницю компенсує державна систе-

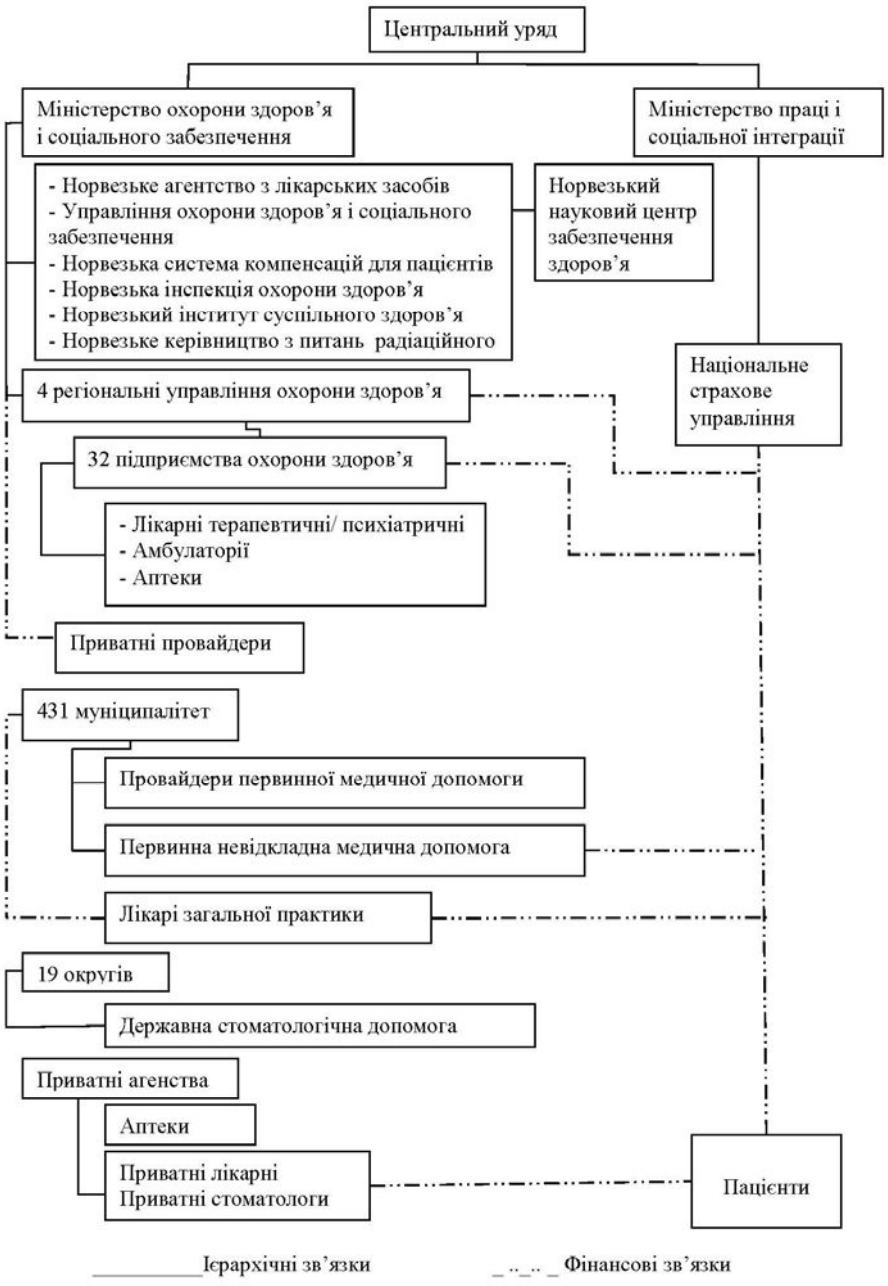

Рис.1 Структура системи охорони здоров'я Норвегії

ма страхування. Страхування покриває амбулаторне і стаціонарне лікування, діагностичне обстеження, профілактичні заходи, обслуговування матері і дитини, хосписну допомогу, рецептурні ліки.

Органами нагляду за діяльністю медичних закладів є Норвезька інспекція охорони здоров'я, Інспекція охорони здоров'я на рівні федерального округу і губернатори федеральних округів.

Інспекція охорони здоров'я на рівні федерального округу здійснює нагляд за діяльністю медичних працівників і якістю медичних послуг, а губернатори федеральних округів — нагляд за охороною здоров'я дітей і соціальним забезпеченням.

Норвезька інспекція охорони здоров'я — вищий наглядовий орган, який відповідає за планові системні організаційні аудити постачальників послуг в галузі охорони здоров'я (місцеві органи влади, будинки престарілих, лікарні). У 2009—2011 рр. на загальнонаціональному рівні передбачені спеціальні звіти з таких питань [6]:

— муніципальні послуги охорони здоров'я: надання медичної допомоги відповідно до Закону про права пацієнта, ст. 4 (стосується людей, які не мають можливості погодитися на лікування);

— муніципальні послуги соціального забезпечення і охорони здоров'я для людей похилого віку;

— муніципальні служби охорони здоров'я дітей;

— спеціалізовані послуги охорони здоров'я;

— муніципальні соціальні послуги і послуги охорони здоров'я для дітей, які потребують паліативної допомоги.

Якщо у діяльності постачальників медичних послуг виявлено порушення, то до них застосовують санкції: попередження, заборона виписувати певні лікарські засоби або позбавлення права на медичну діяльність.

На сьогодні у Норвегії майже 390 тис. медичних працівників мають ліцензію на медичну практику [11]. Відповідно до Закону про працівників охорони здоров'я Норвезьке управління реєстрації працівників охорони здоров'я володіє повноваженнями надавати дозволи і ліцензії на медичну практику (ліцензія, на відміну від дозволу, має певні обмеження – тривалість дії, незалежна практика чи діяльність асистентом тощо). Слід відзначити, що кожний мешканець країни має вільний доступ до інформації про реєстр медичних фахівців он-лайн [11]. Питаннями працевлаштування займається Норвезьке управління праці та соціального забезпечення, куди звертаються лікарі, медсестри, фармацевти щодо вакансій у секторі охорони здоров'я (дані про вакансії подаються відкрито на сайті управління) [9].

Нами здійснено порівняльний аналіз забезпечення трудовими ресурсами сфери охорони здоров'я Норвегії та України на основі звіту ВООЗ "Світова статистика охорони здоров'я. 2010 рік" (табл. 1) [2].

Незважаючи на практично вдвічі більше забезпечення медичними працівниками норвезької охорони здоров'я порівняно з українською системою, Норвегія постійно відчуває нестачу у середньому медичному персоналі й активно залучає його з інших країн Європи. Удосконалення системи кадрового забезпечення галузі здійснюють з урахуванням демографічних змін, сучасних соціально-економічних умов та реальних потреб, реорганізовують системи планування і розподілу кадрового потенціалу у співвідношенні "лікар — медичний працівник середньої ланки" шляхом збільшення кількості працівників середньої ланки.

Недоліком норвезької системи є наявність черг на отримання певних стаціонарних медичних послуг. Низьку кількість лікарняних ліжок, порівняно з іншими європейськими країнами можна пояснити поширенням надання медико-соціальних послуг вдома, де велику роль відіграє

Таблиця 1. Основні трудові ресурси охорони здоров'я, 2000—2009 рр.

Трудові ресурси охорони	Норвегія	Європейський регіон ВООЗ	Україна
Лікарі			
Кількість	18 143	2 877 344	143 728
Забезпеченість *	39	33	31
Сестринський і акушерський персонал			
Кількість			
Забезпеченість *	76 173 163	6 020 074 68	388 444 84
Стоматологічний персонал			
Кількість			
Забезпеченість *	4 108 9	428 343 5	19 169 4
Фармацевтичний персонал			
Кількість			
Забезпеченість *	3239 7	413 588 5	22 257 5

* — на 10 тис. населення.

Таблиця 2.

	Норвегія	Європейський регіон ВООЗ	Україна
Кількість лікарняних ліжок (на 10 тис. насел.)	39	63	87

муніципальний рівень управління охороною здоров'я (табл. 2) [2].

У Норвегії на муніципалітети покладено відповідальність за первинну медичну допомогу. ВООЗ розглядає первинну медико-санітарну допомогу у якості одного з провідних інструментів досягнення стратегії "Здоров'я для всіх", тому що вона здійснює головну функцію системи охорони здоров'я та є її центральною ланкою, складає невід'ємну частину всього процесу соціально-економічного розвитку суспільства. Від стану амбулаторно-поліклінічної допомоги залежить ефективність та якість діяльності всієї системи охорони здоров'я, збереження трудового потенціалу, а також вирішення більшості медико-соціальних проблем, що виникають на рівні сім'ї та у соціально незахищених груп населення: дітей, інвалідів, осіб похилого віку.

Законодавче забезпечення первинної медичної допомоги відбувається на основі Закону про медичне обслуговування на муніципальному рівні, прийнятому у 1984 р. При кожному муніципалітеті створено спеціальний комітет, до складу якого входять лікар загальної практики, адміністратор і політик. Дані комітети повинні планувати і організовувати надання медичних послуг з урахуванням існуючих потреб місцевих жителів, визначати кількість лікарів загальної практики, середнього і молодшого медичного персоналу.

З метою покращення співпраці між організаціями, що працюють у сфері охорони здоров'я, більшість муніципалітетів (75 %) створили центри медичного обслуговування на певних територіях [6].

У Норвегії існує система реєстрації пацієнтів у закладах, де надають первинну медичну допомогу (Норвезький реєстр пацієнтів). Жителі району закріплені за дільничними сімейними лікарями, які займаються наданням першої медичної допомоги, направленням хворих на обстеження і оперативне лікування. Сімейного лікаря можна змінювати раз на півроку через мережу Інтернет. Зазвичай норвежець спочатку телефонує сімейному лікареві й домовляється про прийом. Цей візит оплачується через касу. Після обстеження лікар виписує рецепт або дає направлення до центральної лікарні.

З 2001 р. внаслідок проведеної реформи (прийнято Закон про національне страхування) змінено систему відшкодування витрат на медичне обслуговування [4, с.239]. При звертанні до лікаря пацієнт платить в касу фіксовану плату. При першому відвідуванні лікаря пацієнту видають документ, дійсний протягом року, у ньому лікар записує фіксовану вартість консультації. У цьому ж документі фармацевт записує вартість придбаних пацієнтом ліків. Таким чином, якщо у пацієнта протягом року накопичилась сума, що дорівнює граничному рівню (який щороку затверджується парламентом), то наступні витрати на послуги лікаря загальної практики, фармацевта і транспорт відшкодовує національна система страхування. Щоб отримати компенсацію, пацієнт повинен протягом 6 місяців після отриманого лікування подати заповнену аплікаційну форму — вимогу про відшкодування медичного обслуговування (claim form for reimbursement) у регіональне відділення управління з економічних питань охорони здоров'я (HELFO). Споживачі медичних послуг мають відкритий доступ до веб-ресурсу: www.helfo.no, де знаходиться детальна інформація про схеми компенсації лікування у Норвегії і за кордоном, аплікаційні форми вимоги відшкодування.

Виняток — лікування і протезування зубів, що здійснюється винятково за власні кошти пацієнтів.

Традиційно центральні органи влади володіють інформацією про використані ресурси у сфері охорони здоров'я і кількість споживачів медичних послуг, але донедавна не було статистичних даних щодо якості послуг у даній галузі.

З 2003 р. Міністерством прийнято постанову про стандарти якості медичного обслуговування на місцевому рівні [4, с.239]. Муніципалітети зобов'язали збирати статистику про якість медичної допомоги, наданої жителям. На національному рівні не існувало зведеного статистичного звіту, щоб громадяни могли порівня-

Таблиця 3. Кількість випадків медичного обслуговування вдома, 1992—2009 [6]

Пацієнти	1992 рік	2000 рік	2005 рік	2009 рік
Всього:	146 272	159 669	164 623	174 275
у віці до 67 років	24 870	38 393	50 150	65 824
67-79 років	53 171	45 246	36 385	32 925
80-89 років	57 143	63 201	62 838	58 491
90 років і вище	9 854	12 829	15 250	17 035

Таблиця 4.

	Витрати в норвезьких кронах	Частка у %
Муніципальні витрати	610	58
Урядові дотації на лікарів загальної практики	14	1
Національне Страхове Управління	425	41
Всього	1050	

ти задоволення їх потреб різними муніципалітетами. Така можливість у них з'явилась після 2006 р., завдяки введенню в дію IPLOS системи – реєстру детальної інформації про діяльність муніципалітетів. Нині в Норвегії діє система моніторингу медичної допомоги на основі даних, отриманих від лікарів загальної практики з різних регіонів країни [4, с.239].

У 2006 р. Міністерством охорони здоров'я і соціального забезпечення і Асоціацією норвезьких муніципалітетів підписана угода про спільні зобов'язання покращити методи співпраці між 4 регіональними управліннями охорони здоров'я і муніципалітетами. За медичне обслуговування людей похилого віку відповідають муніципалітети, таким чином, ця угода мала на меті зменшити навантаження на лікарні. Так, кількість пацієнтів, які отримують медичне обслуговування вдома, збільшується (табл. 3).

Сьогодні уряд Норвегії активно займається питанням справедливого доступу до отримання медичних послуг жителями географічно віддалених районів (де проживає приблизно 30 % населення [5]), адже там традиційно не вистачає лікарів. Як один із шляхів вирішення проблеми муніципалітетам запропоновано самим встановлювати фіксовану зарплату лікарям на початку їх діяльності (фінансування первинної медичної допомоги забезпечується на місцевому рівні), але досвід невеликих муніципалітетів свідчить про незадовільний результат – плинність кадрів [4, с. 239].

Зауважимо, що витрати на охорону здоров'я на муніципальному рівні зростають з кожним роком, при цьому витрати муніципалітетів на одного жителя залежать від кількості проживаючих на даній території. Наприклад, муніципалітети з населенням менше 2 тис. витрачають 2 300 норвезьких крон на одного жителя. Загальні національні витрати на первинну медичну допомогу з розрахунку на 1 жителя у 2002 р. були такими [12] (табл. 4).

Оскільки рішення про суспільні витрати на охорону здоров'я приймаються на місцевому рівні, що є найближчим до місцевих реалій і населення, то такі витрати більшою мірою відображають потреби в місцевих послугах, аніж прийняті на центральному рівні рішення. Позитивним результатом цього є те, що громадяни демонструють більше бажання платити за послуги, які відповідають їхнім пріоритетам, особливо якщо вони були залучені до процесу прийняття рішень щодо надання послуг.

Досвід Норвегії свідчить, що органи місцевого самоврядування мають потенціал функціонувати ефективніше, ніж центральні органи. Слід також враховувати, що ймовірність покращити ефективність врядування шляхом децентралізації збільшується тоді, коли органи місцевого самоврядування достатнім чином підготовлені до виконання своїх завдань.

Спільними зусиллями Норвезький інститут суспільного здоров'я, Інститут статистики Норегії, Управління з охорони здоров'я та соціального забезпечення створили Інтернет-портал для органів місцевої влади, де знаходяться основні показники та детермінанти здоров'я населення окремих муніципалітетів [10]. Ці локальні профілі з охорони здоров'я муніципалітети використовують як інструмент планування розвитку, кожні чотири роки муніципалітети зобов'язані надати урядові план розвитку території, де, зокрема, вказуються передбачені витрати на охорону здоров'я.

На місцевому рівні програми з охорони здоров'я та послуги можна легше адаптувати до особливих місцевих умов та потреб, тому що органи місцевого самоврядування краще ознайомлені з місцевою ситуацією, аніж влада, яка є далекою від реалій громад. Партнерські відносини між громадянами та владою сприяють кращій звітності. Прийняття рішень за участі населення є дієвим механізмом запобігання зловживанню владою, оскільки важче приховати корупцію посадовим особам, яких громадяни знають, порівняно з тими, які знаходяться далеко і є недоступними. Крім цього, посадових осіб органів місцевого самоврядування та вибраних політиків легше тримати підзвітними за їхню діяльність, ніж отримати звіт від політиків вищих рівнів влади. Працівники органів місцевого самоврядування є, як правило, менш "захищеними" політично, ніж посадові особи в центральному уряді.

Разом з тим, як наявність інформації, необхідної для прийняття відповідних рішень, так і потенційно вищий рівень звітності місцевої влади призводить до оптимального використання ресурсів. Суспільні ресурси можуть використовуватись більш раціонально, якщо відповідальність за кожний вид суспільних витрат несе той рівень влади, що найближче представляє споживачів відповідних послуг. Таким чином, можна зробити беззаперечний висновок, що децентралізація фінансових ресурсів сприяє суттєвому зменшенню витрат.

Аналізуючи досвід Норвегії в питанні організації охорони здоров'я на муніципальному рівні, отримуємо нове бачення ролі органів місцевого самоврядування в охороні здоров'я. Муніципалітет має діяти не тільки як державна служба, але і як інституція з обслуговування своїх громадян. Споживач відіграє ключову роль у сфері охорони здоров'я. Щоб контролювати свій рух у потоці пацієнтів на місцевому рівні, споживач медичних послуг повинен мати інформацію, як уникати хвороб завдяки профілактиці, у якому медичному закладі він може одержати відповідне лікування. Відділ охорони здоров'я пови-

нен інформувати населення через місцеві засоби інформації і надавати базову інформацію щодо ролі сімейної медицини та про медичні послуги і права пацієнтів. Споживачі медичних послуг повинні знати, куди скаржитися у випадку поганого лікування, про нову роль сімейних лікарів і своє право вибирати їх. Це позитивно впливатиме на оптимізацію руху пацієнтів між різними ланками медико-санітарної допомоги.

Орган місцевого самоврядування використовує показники ефективності для планування й контролю [4, с. 239]. Тому план роботи відділу охорони здоров'я є стандартизованим і включає щомісячні дані й аналіз показників стану здоров'я населення, оцінку роботи медичних закладів. Узагальнені показники поточного періоду (щомісяця) порівнюються з узагальненими даними за минулий річний період. Відхилення, виражені у відсотках, свідчать про потреби і доступність існуючих послуг з охорони здоров'я і є основою для прийняття управлінських рішень щодо подальшого розвитку та фінансування галузі.

Саме децентралізована організаційна структура органу місцевого самоврядування забезпечує безпосереднє надходження інформації про мешканців, гарантує, що вимоги обробляються належним чином, і дає змогу здійснювати більш ефективний контроль над постачальниками медичних послуг.

Для України важливо вивчати досвід забезпечення медичної допомоги на місцевому рівні. Перед вітчизняною системою охорони здоров'я нині постала проблема надмірної децентралізації і фрагментації фінансових потоків [1, с.8]. Використання коштів, що виділяються на охорону здоров'я на кожному рівні бюджетної системи, частково перетинається. Фінансування з бюджетів різних рівнів одних і тих же видів медичної допомоги для одних і тих же категорій населення, що надаються різними за ієрархією медичними закладами, створює умови для неефективного використання наявних ресурсів: потужності і робота медичних закладів різного рівня частково дублюють один одного. Водночас оптимізація потоків пацієнтів і структури медичного обслуговування стикається з важко вирішуваною проблемою відповідного перерозподілу обсягів фінансування медичних установ між бюджетами. Фінансові ресурси в охороні здоров'я дезінтегровані, перш за все, через надмірну фрагментацію коштів, що виділяються на охорону здоров'я (аж до рівня селищної ради), а механізми інтеграції практично не діють.

Для підвищення ефективності системи охорони здоров'я, особливо в умовах, коли об'єктивно існує дефіцит як бюджетних коштів, так і особистих фінансових можливостей громадян на оплату медичних послуг, виникає потреба у вдосконаленні, насамперед, первинної медико-санітарної допомоги, до якої завжди звертається переважна більшість населення.

ВИСНОВКИ ТА ПЕРСПЕКТИВИ ПОДАЛЬШИХ РОЗВІДОК

Досягнення раціонального співвідношення централізації та децентралізації як переосмислення та зміна ролі, відповідальності та повноважень різних рівнів управління є одним з методів досягнення ефективності функціонування держави, зокрема на місцевому рівні. Досвід реформ у Норвегії свідчить, що децентралізація відіграє важливу роль у демократизації та трансформації суспільства. Цей складний процес потребує адекватного розуміння суті децентралізації, продуманості та виваженості дій, оскільки торкається різних аспектів життя суспільства: політичних, правових, соціальних, адміністративних, економічних, культурних.

Література:

1. Лехан В.М., Слабкий Г.О., Шевченко М.В. Стратегія розвитку системи охорони здоров'я: український вимір. — К., 2009. — 50 С.

2. Мировая статистика здравоохранения. 2010 год. — Всемирная организация здравоохранения, 2010. — 177 с. [Електронний ресурс]. — Режим доступу: http://www.who.int/whosis/whostat/RU_WHS10_Full.pdf

3. Johnsen J., Jan Roth. Health System in Transition: Norway. — Copenhagen: WHO Regional Office for Europe on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies. — Vol. 8. — 2006. — №. 1. — 187 с.

4. Magnussen J., Vrangboek K., Saltman R. Nordic Health Care Systems. Recent Reforms and Current Policy Challenges. — Copenhagen: WHO Regional Office for Europe on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies, 2009. — 339 с.

5. Minifacts About Norway 2010 // Norwegian Ministry of Foreign Affairs. — Oslo, 2010. — 68 p.

6. Municipal health and care services. — Statistics Norway, 2010 [Електронний ресурс]. — Режим доступу: http://www.ssb.no/helsetjko_en/

7. National Budget 2011 // Norwegian Ministry of Finance. [Електронний ресурс] — Режим доступу: http://www.statsbudsjettet.no/Statsbudsjettet-2011/English/?pid=48960

8. Norwegian Board of Health Supervision [Електронний ресурс]. — Режим доступу: http://www.helsetilsynet.no/no/Norwegian-Board-of-Health-Supervision/Introduction/

9. Norwegian Labour and Welfare Administration [Електронний ресурс]. — Режим доступу: http://www.nav.no

10. Norwegian Ministry of Health and Care Services: National Health Plan for Norway [Електронний ресурс]. — Режим доступу: http://www.regjeringen.no/upload/HOD/National%20health%20plan_eng_06052007.pdf

11. Norwegian Registration Authority for Health Personnel (SAFH) [Електронний ресурс]. — Режим доступу: http://www.safh.no/english/index.html

12. Nursing and social care services — Statistics Norway, 2010 [Електронний ресурс]. — Режим доступу: http://www.ssb.no/pleie_en/tab-2010-07-08-04-en.html

Стаття надійшла до редакції 10.01.2011 р.