

ПЕРЕДОВА СТАТТЯ

Наукова лабораторія стратегічних досліджень в охороні здоров'я, яка більше 5 років функціонує в структурі НМУ імені О.О. Богомольця, проводить вивчення систем охорони здоров'я різних країн світу з метою обґрунтування реформ національної системи охорони здоров'я України. Співробітниками лабораторії опубліковано низку наукових робіт вказаної тематики, у т.ч. тих, що стосуються особливостей організації та ефективності діяльності систем охорони здоров'я скандинавських країн.

У 2010 р. делегація НМУ імені О.О. Богомольця на чолі з ректором, академіком НАМН України В.Ф. Москаленком відвідала Королівство Норвегія. Відбулися зустрічі членів делегації з керівництвом Директорату з охорони здоров'я, який функціонує у структурі Міністерства охорони здоров'я та соціального забезпечення Норвегії, а також з адміністрацією Норвезького інституту громадського здоров'я, де ректором університету було прочитано 2 лекції на тему «Система охорони здоров'я України». Спілкування зі співробітниками вказаних інституцій, обмін досвідом, обговорення актуальних проблем охорони здоров'я, сприяли розширенню інформаційної бази, окресленню пріоритетних питань поступального розвитку систем охорони здоров'я обох країн, визначенню напрямів та шляхів можливої майбутньої співпраці.

Увазі читачів журналу пропонується стаття, яка містить науковий огляд системи охорони здоров'я Норвегії, з урахуванням інформації, отриманої у ході візиту.

УДК 314.4 + 614.2] (481)

*Москаленко В.Ф.,
Гульчій О.П.,
Цехмістер Я.В.,
Грузєва О.В.*

СИСТЕМА ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я КОРОЛІВСТВА НОРВЕГІЯ: ОСОБЛИВОСТІ ТА РЕЗУЛЬТАТИВНІСТЬ ОРГАНІЗАЦІЙНО- УПРАВЛІНСЬКОЇ МОДЕЛІ

Національний медичний університет імені О.О. Богомольця (м.Київ)

Королівство Норвегія вважається країною загального добробуту, яка протягом століть проводить зважену, обґрунтовану соціальну політику, що може слугувати прикладом для інших держав. Завдяки цьому в Норвегії досягнуто стабільності в усіх сферах життя. За визнанням Організації Об'єднаних Націй саме ця країна є лідером світового рейтингу за рівнем людського розвитку. Незаперечні успіхи та міжнародний авторитет забезпечуються одними з найкращих показників середньої очікуваної тривалості життя, рівня освіти та величини ВВП на душу населення. Реалізація соціальної політики держави, спрямованої на постійне підвищення загального добробуту та всебічну соціальну підтримку, дозволила досягти високої якості життя громадян та рівня здоров'я.

Зважаючи на це, детальне вивчення досвіду Норвегії у забезпеченні права на охорону здоров'я та високої результативності діяльності медичної галузі може слугувати серйозною інформаційною основою для обґрунтування можливих реформ в системах охорони здоров'я інших країн світу та Європи.

Аналіз особливостей функціонування системи охорони здоров'я Норвегії доцільно проводити у взаємозв'язку з історичними етапами її становлення, з урахуванням різних чинників, які тією чи іншою мірою впливали на формування моделі, у т.ч. політичних, соціально-економічних, кліматичних, географічних тощо.

Норвегія стала незалежною державою у 1905 р. За політичним устроєм країна є конституційною монархією. З 1814 р. в країні

діє Конституція з відповідними змінами та доповненнями, згідно з якою Король є головою держави і здійснює зв'язки з трьома гілками влади. Офіційно монархія є спадковою. Король робить політичні призначення, проводить засідання Уряду, який називається Державною радою [1-3]. Виконавча влада належить прем'єр-міністру, як правило, лідеру партії, що здобула перемогу на виборах до парламенту. Кабінет міністрів складається з чільника і 18 міністрів, які керують відповідними міністерствами. Законодавча влада належить парламенту, що має назву Стортинг і складається зі 169 депутатів, які обираються на 4-річний термін. Широкий спектр різних організацій, які об'єднують своїх членів за інтересами, дозволяє успішно реалізувати принципи демократії. В країні підтримується практика надання можливості зацікавленим організаціям висловлюватися з будь-яких проблем, які вимагають прийняття важливих рішень.

Адміністративно Норвегія поділена на 19 областей, що мають назву фюльке, які в свою чергу, складаються з комун, чисельність яких становить 431.

Країна є однією з найбагатших у світі за рівнем доходу на душу населення. У 2007 р. ВВП оцінювався в 388,4 млрд дол., або 82,5 тис. дол. США на одного мешканця, що становить 51,9 тис. дол. США за паритетом купівельної спроможності.

Протягом тривалого часу в Королівстві Норвегія реалізується соціальна політика, спрямована на забезпечення гідних умов життя населення. З кінця 1880-х – початку 1900-х років почала створюватися, а після другої світової війни значно розширилася, система соціального забезпечення, включаючи виплати пенсій по старості та інвалідності, допомогу по безробіттю, а також виплати вдовам, сиротам. Ці заходи оплачуються зі страхових внесків робітників і підприємців, а також за рахунок органів місцевого самоврядування та центральної влади.

Країна має багаті природні ресурси, до стратегічних належать нафта, мідь, природний газ, пірити, нікель, залізна руда, цинк, свинець. Хвойні ліси також складають одне з найважливіших багатств Норвегії. Традиційно тут добре розвинене лісове господарство, рибальство та рибна промисловість, торгівля, целюлозно-паперова промисловість, чорна і кольорова металургія, енергетика, машинобудування. З 1970-х років швидкими темпами розвивається нафто- та газовидобувна

промисловість, завдяки чому країна посіла 2 місце у світі за поставками нафтопродуктів на світовий ринок.

Прибережні області, завдяки Гольфстріму і Північноатлантичній течії, мають помірний морський клімат, а на крайній півночі він є субарктичним. У внутрішніх областях, особливо у гірських районах, клімат є континентальним – більш жаркий влітку і холодний взимку. Попри складні кліматичні умови, країна досить успішно розвиває різні галузі економіки, оптимально використовуючи природний та трудовий потенціал.

Площа території становить 324 тис. км². Зі сходу і південного сходу Королівства Норвегія межує з Королівством Швеція, Фінляндією і Російською Федерацією. З північного заходу країну омиває Норвезьке море, з північного сходу – Баренцове море, з півдня – Північне море, їй належить також ряд островів.

Система охорони здоров'я Норвегії формувалася спільно з іншими інституціями, галузями і сферами діяльності, з вирішенням пріоритетних проблем на кожному щаблі розвитку. Історичні відомості про функціонування елементів системи охорони здоров'я Норвегії стосуються ще XVIII ст. З 1836 р. держава залучала лікарів до профілактичної діяльності, в якості офіцерів медичної служби. Муніципалітети наймали лікарів для лікування незабезпечених верств населення. З початку ХХ ст. з'явилися державні лікарні, зросла відповідальність за охорону здоров'я на державному та місцевому рівнях. У 1912 р. було прийнято Акт практикуючих лікарів, яким проголошено рівний доступ усіх громадян до медичного обслуговування [4].

Суттєві організаційно-структурні зміни відбулися у другій половині ХХ ст. Після закінчення Другої світової війни державна урядова структура з охорони здоров'я – Дирекція охорони здоров'я об'єдналася з Міністерством соціального забезпечення. В 1967 р. введено національну страхову схему, яка гарантує кожному мінімальний пакет соціального страхування. У 1969 р. вступив в силу Акт про лікарні, який об'єднав усі медичні заклади у єдину систему. В 1982 р. прийнято Акт про муніципальну охорону здоров'я, яким визначено відповідальність місцевої влади за первинну медичну допомогу, громадське здоров'я, медико-соціальну допомогу.

Наступні нормативно-правові акти, які було прийнято в країні, спрямувалися на удосконалення існуючої моделі. У 1983 р.

прийнято Акт про стоматологічні послуги, 1984 р. — Акт про нагляд, 1991 р. — Акт про соціальне забезпечення, 1994 р. — Акт про інфекційні хвороби, 1999 р. — Акт про спеціалізовану медичну допомогу, Акт про кадри охорони здоров'я, Акт про права пацієнтів, Акт про психіатричну допомогу, 2000 р. — Акт про фармацію, 2001 р. — Акт про медичні підприємства, Акт про компенсацію пацієнтам. У 2002 р. прийнято законодавчий документ, який окреслює глобальну політику у сфері громадського здоров'я на майбутнє. Він стосується чинників ризику для здоров'я, боротьби з ними, зокрема з тютюнопалінням і зловживанням алкоголем, а також формування і утвердження здорового способу життя.

Діючу модель системи охорони здоров'я Норвегії побудовано на принципах загального охоплення усіх постійних жителів медичною допомогою, доступності медичного обслуговування, гарантії рівного розподілу медичних послуг, зосередження повноважень переважно на місцевому рівні, вільного вибору пацієнтом лікаря і лікувального закладу, визначення основного набору гарантованих медичних послуг для населення, що включає більшість видів лікувальної та профілактичної допомоги, державного фінансування медичних послуг [5,6].

В основу організаційно-функціональної структури системи охорони здоров'я Норвегії покладено адміністративно-територіальний принцип. Виділяють три її рівні: центральний, регіональний і місцевий. До центрального рівня входять Міністерство охорони здоров'я і соціального забезпечення, Директорат з охорони здоров'я, Норвезький інститут громадського здоров'я, Управління контролю за безпекою харчування, Інспекція охорони здоров'я, Управління протирадіаційного захисту, Норвезький дослідницький інститут з алкоголю та наркотиків, Норвезька наглядова рада з охорони здоров'я.

На державному рівні Міністерство охорони здоров'я і соціального забезпечення, Директорат з охорони здоров'я, Міністерство місцевого самоврядування здійснюють управління у сфері охорони здоров'я. Міністерство охорони здоров'я і соціального забезпечення, як центральний орган влади, відповідає за розробку політики у сфері охорони здоров'я, нормативно-правової бази, основних напрямів розвитку, складання бюджету, планування, організацію інформаційної мережі.

Як агентство спеціалістів Директорат є компетентною організацією з розвитку ме-

дичної галузі. Він здійснює моніторинг чинників, які впливають на громадське здоров'я та стандарти життя, відповідає за забезпечення рекомендаціями і управління стратегіями та ініціативами, виконує нормативну роль на національному рівні, аналізує знання та досвід у технічних питаннях. В якості адміністративного агентства Директорат вирішує ключові адміністративні завдання, у т.ч. фінансове керівництво ресурсами, обсягом близько 4,1 млрд норвезьких крон, проводить роз'яснення тлумачення та використання соціального законодавства та законодавства з охорони здоров'я. В ролі ініціатора політики охорони здоров'я Директорат втілює в життя політику Міністерства у відповідності з рекомендаціями, які визначено документами державного рівня, а саме Державним бюджетом, Національним планом охорони здоров'я, Білими книгами (звітами до Стортінгу), Національною стратегією поліпшення якості у секторі здоров'я та соціальних послуг, планами уряду тощо. В завдання Директорату входить надання послуг охорони здоров'я і проведення ініціатив з попередження захворювань та медико-соціальних проблем. Очолює Директорат з охорони здоров'я Генеральний директор, який керує усіма органами моніторингу. Отже, Директорат з охорони здоров'я є незалежною організацією, яка спільно зі службами охорони здоров'я фюльке займається моніторингом і забезпечує відповідність медичного обслуговування нормам якості і законам.

Норвезький інститут громадського здоров'я є національним центром експертних знань з епідеміології, екологічної медицини, контролю інфекційних захворювань, психічного здоров'я, судової токсикології і досліджень у сфері незаконного використання препаратів.

Норвезький дослідницький центр охорони здоров'я об'єднує дослідницькі програми з найважливіших напрямів охорони здоров'я, відповідає за збереження і використання накопичених знань, а також визначає і аналізує якість деяких послуг у сфері охорони здоров'я на основі відгуків пацієнтів і користувачів.

Інспекція охорони здоров'я Норвегії є національним урядовим агентством, що знаходиться в адміністративному підпорядкуванні Міністерства охорони здоров'я і соціального забезпечення. Державний нагляд, яким займається інспекція, призначено для забезпечення відповідності національним законам і нормативам. У країні сформовано комплексне законодавство з питань охорони здоров'я

і соціального забезпечення, яке визначає вимоги, пов'язані з послугами, що надаються населенню; вимоги, пов'язані з якістю цих послуг; регулює діяльність працівників сфери охорони здоров'я, що мають державну реєстрацію; надає права користувачам послуг у сфері охорони здоров'я і соціального забезпечення, включаючи спеціальний акт про права пацієнта. Державний нагляд здійснюється за всіма встановленими законом послугами, незалежно від того, чи їх надано державними лікувальними закладами, чи муніципальними установами, чи приватними компаніями або медичними працівниками, у яких є власна лікарська практика.

Органи нагляду не залежать від повсякденного політичного управління і переважно самі визначають пріоритети при перевірці послуг та виборі тих питань, які повинні охоплювати перевірки. Вибір пріоритетів відбувається, зокрема, на основі інформації, що має відношення до ризику та вразливості. Органи нагляду гарантують задоволення потреб населення у сфері охорони здоров'я і соціального забезпечення; відповідність послуг охорони здоров'я і соціального забезпечення належним професійними стандартами; запобігання порушенням при наданні послуг; ефективне і надійне використання ресурсів.

У своїй роботі Інспекція охорони здоров'я Норвегії використовує наступні методи: галузевий моніторинг, планові перевірки постачальників послуг, перевірки окремих випадків, пов'язаних з порушеннями у сфері надання послуг, звіти про інциденти, в результаті яких здоров'ю людини було завдано або могло б бути завдано значної шкоди, скарги, пов'язані з послугами і невиконання прав, використання звітів органів нагляду.

Органи нагляду активно працюють, щоб гарантувати, що всі надавачі медичних і соціальних послуг використовують у своїй роботі звіти нагляду, рішення, що мають відношення до окремих випадків, звіти про виявлені помилки та публікації Інспекції охорони здоров'я Норвегії в якості допомоги в поліпшенні адміністративної діяльності і для підвищення якості послуг. Висновки і досвід перевірок, використана база даних та методи контролю доступні для громадськості. Більшість з них опубліковані на веб-сайті.

Вирішення різнобічних питань охорони здоров'я потребує міжгалузевої взаємодії. Міністерство охорони здоров'я та соціального забезпечення Норвегії активно співпрацює

з міністерствами освіти, праці, закордонних справ, культури, довілля тощо.

Регіональний рівень представлено 10 областями — фюльке. На чолі адміністрації фюльке стоїть губернатор, діють відповідні регіональні управління, у т.ч. з охорони здоров'я та соціального забезпечення. Щоб високоспеціалізована допомога була ефективною та рентабельною, з 1974 р. країну поділено на 5 медико-територіальних округів, що об'єднують декілька фюльке. Об'єднання фюльке в медико-територіальні групи мало за мету уникнення дублювання медичних послуг. В кожному з округів діють окружні комітети охорони здоров'я, відповідальні за надання високоспеціалізованої допомоги. До їх функцій входить складання довгострокових планів розвитку охорони здоров'я відповідно до напрямів державної політики, які надаються для затвердження до Міністерства. В областях — фюлькестинги відповідають за планування, фінансування і організацію спеціалізованого медичного обслуговування в лікарнях загального профілю, психіатричних, лабораторних, рентгенологічних та інших службах, наркологічних, стоматологічних клініках тощо. На регіональному рівні надається госпітальна і консультативна допомога. В поліклінічних відділеннях проводяться консультації спеціалістів для пацієнтів з направленнями від лікаря загальної практики і надається спеціалізована госпітальна допомога в лікарнях.

Місцевий рівень представлено 431 муніципалітетом, які організують і фінансують первинну медико-санітарну допомогу, медичну реабілітацію та медико-соціальну допомогу. В муніципалітеті представлено 3 відділи: медичної допомоги, патронажу і догляду вдома, соціального забезпечення. Муніципалітети самостійно визначають пріоритетні напрями роботи відповідно до місцевих потреб.

Оскільки система охорони здоров'я Норвегії є державною, то її фінансування здійснюється переважно за рахунок центральних, регіональних і місцевих податків. Незначною є доля платних медичних послуг. Частина витрат покривається за рахунок державної системи страхування. При цьому центральні податки становлять 50% усіх джерел фінансування, регіональні — до 30%. Державна система страхування покриває до 15% витрат на деякі послуги охорони здоров'я, у т.ч. ліки, транспортні витрати, послуги приватних лікарів, які працюють за угодами з муніципалітетами. Доплата пацієнтів за медичні послуги становить близько 10% витрат на охорону

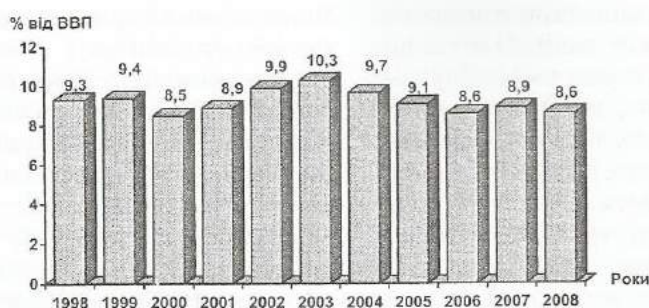


Рис. 1. Загальні витрати на охорону здоров'я в Норвегії у 1998-2008 рр. (% від ВВП)

здоров'я і включає доплату за консультацію спеціаліста, лікування, ліки, транспортні витрати. В країні затверджено граничний рівень оплати пацієнтом медичних послуг.

За оцінкою ВООЗ загальний обсяг фінансування системи охорони здоров'я в Норвегії у 2008 р. становив 8,6% від ВВП [7]. З 1990 р. загальні витрати на охорону здоров'я у % від ВВП в країні зросли на 13,2 % (рис. 1).

Затрати на охорону здоров'я у розрахунку на душу населення становили 51,9 тис. дол. США з урахуванням паритету купівельної спроможності. Даний показник протягом 1998-2007 рр. зріс у Норвегії на 2226 дол. США, або на 87,7% і перевищив середній в країнах Європейського Союзу (ЄС) в 1,7 разу, Європейського регіону (ЄР) ВООЗ – в 2,1 разу.

Частка державних витрат на охорону здоров'я в структурі загальних витрат становила в Норвегії в 2007 р. 84,1%. Цей показник протягом 1998-2007 рр. дещо збільшився. Зростання витрат на охорону здоров'я пов'язано з подорожчанням ліків, збільшенням видатків муніципалітетів на допомогу пристарілим та інвалідам, видатків фюльке – на спеціалізовану психіатричну допомогу, держави – на профілактичні програми, реабілітацію, ліки тощо.

Порівняльний аналіз свідчить, що середній показник частки державних витрат на охорону здоров'я в країнах ЄС становив 75,5%, ЄР ВООЗ – 68,5%. Приватні витрати на охорону здоров'я в Норвегії становили 16,5% від загальних. Із загальної суми витрат на охорону здоров'я 41,3% йде на стаціонарну медичну допомогу, 17,7% – на первинне медичне обслуговування, 9,2% – на медикаменти.

Відповідно до структурно-організаційної моделі системи охорони здоров'я Норвегії надання медичної допомоги здійснюється за

трьома рівнями. На первинному рівні пацієнти отримують первинну медико-санітарну допомогу, медико-соціальну допомогу, швидку допомогу. На вторинному рівні надається спеціалізована допомога, включаючи амбулаторно-консультативну та стаціонарну. Високоспеціалізовану допомогу жителі отримують на третинному рівні.

Первинна медико-санітарна допомога є прерогативою муніципалітетів. Вона включає профілактику, діагностику і лікування, реабілітацію та тривалий догляд. Контролюють діяльність первинної ланки охорони здоров'я представники фюльке.

Заклади охорони здоров'я первинного рівня представлено медичними центрами, будинками для долікування пацієнтів, будинками для людей похилого віку, які потребують догляду. У медичному центрі працюють групи з 2-6 лікарів загальної практики/сімейної медицини, фізіотерапевт, медсестри і акушерки. В закладі здійснюється спостереження за хворими, долікування пацієнтів фізіотерапевтом, спостереження за дітьми, вагітними, вакцинація.

Громадяни мають право на вільний вибір лікаря загальної практики. Лікар загальної практики відповідає за курацію закріпленого за ним населення згідно зі списком, за планування та координацію превентивних заходів, спостереження та лікування пацієнтів, є посередником в отриманні спеціалізованої медичної допомоги. Спеціалізована амбулаторна допомога надається в поліклінічних відділеннях при лікарнях обласного рівня.

Консультації спеціалістів здійснюються за направленнями лікарів загальної практики. Забезпеченість лікарями загальної практики становить 75,9 на 100 тис. У первинній ланці працює 1/3 усіх лікарів. Понад 20% лікарів загальної практики є муніципальними служ-

бовцями, понад 70% – приватними лікарями, що працюють за угодою з муніципалітетами.

З 1997 р. в країні введено офіційну реєстрацію пацієнтів, яких прийняв лікар загальної практики, і залежність його прибутку не тільки від чисельності населення, що обслуговується, а й від наданих медичних послуг. Лікарі-спеціалісти отримують плату за послуги з коштів державного страхування лише у випадку направлення пацієнта лікарем загальної практики.

На поліпшення стаціонарного обслуговування спрямована реформа 1974 р., згідно з якою країну поділено на 5 медикотериторіальних округів. У кожному з них є окружна лікарня, яка надає високоспеціалізовану допомогу і є навчальною базою. З 1969 р. організацією спеціалізованої допомоги займаються фюлькестинги, яким підпорядковано лікарні загального профілю, психіатричні лікарні, лабораторні, рентгенологічні та інші служби, наркологічні, стоматологічні клініки. В країні існує також декілька лікарень добровільних організацій та невеликих приватних лікарень, 25 приватних лабораторій тощо.

Матеріально-технічна база медичної допомоги характеризується невисокою забезпеченістю ліжковим фондом при сучасному технологічному оснащенні. Забезпеченість лікарняними ліжками становить 396,2 на 100 тис. Протягом 2000-2005 рр. ліжковий фонд скоротився на 8,5%. У структурі ліжкового фонду 72,6% займають ліжка нехронічного профілю, 14,6% – ліжка психіатричного профілю. У будинках пристарілих розгорнуто 876,1 ліжок сестринського догляду на 100 тис.

У приватних лікарнях зосереджено 1,3% усіх лікарняних ліжок.

Попри меншу, ніж в середньому в країнах Європи, забезпеченість лікарняними ліжками, рівні госпіталізації населення залишаються на достатньо високому рівні. Це досягається завдяки зменшенню тривалості перебування хворого на ліжку та інтенсифікації лікування. Середня тривалість госпіталізації в Норвегії у 2008 р. становила 6,2 дня і протягом 1994-2008 рр. - скоротилася на 50,8% (рис.2). Рівень госпіталізації досягнув 18,2 на 100 осіб і протягом 1990-2008 рр. збільшився на 22,1%.

До 1997 р. фінансування лікарень здійснювалося на основі глобального бюджету, після – відповідно до клініко-затратних груп за надані обсяги послуг. Проблемами норвезької охорони здоров'я є черги на деякі види послуг в державних лікарнях.

В країні забезпечено належне функціонування служби швидкої медичної допомоги, її удосконаленню сприяли законодавчі зміни 1990 р. Локальні диспетчерські центри приймають безплатні виклики. Відповідно до критеріїв норвезького переліку невідкладних станів виклики переадресуються лікарям загальної практики місцевих центрів здоров'я або в центри невідкладної медичної допомоги, які відсилають санітарну машину невідкладної допомоги з лікарем-спеціалістом. Машини швидкої медичної допомоги мають високий технічний рівень оснащення.

З 1988 р. в організації швидкої медичної допомоги задіяна служба санітарної авіації, яка швидко доставляє фахівців у найвіддаленіші райони, або транспортує звітти хворого

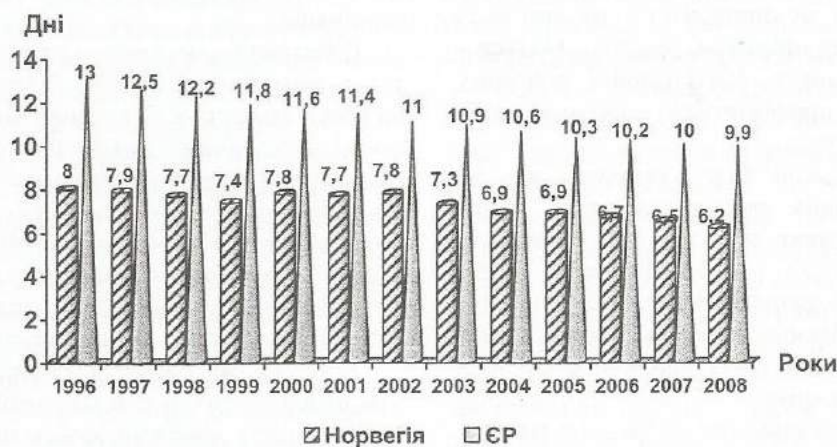


Рис. 2. Середня тривалість перебування хворих в стаціонарах в Норвегії та країнах ЄР ВООЗ в 1996-2008 рр. (дні)

до лікарні. При необхідності госпіталізації пацієнта доставляють у відділення швидкої медичної допомоги лікарень загального профілю. Таким чином, в організації швидкої медичної допомоги населенню Норвегії задіяно як лікарів загальної практики медичних центрів здоров'я, так і спеціалістів центрів невідкладної медичної допомоги та загальносоматичних лікарень.

Значна увага приділяється підвищенню якості акушерсько-гінекологічної допомоги. У місцевих медичних центрах акушеркою здійснюється медичне спостереження вагітних. Там проводяться необхідні аналізи, моніторинг серцебиття дитини, ультразвукові дослідження. Госпіталізуються вагітні у пологові відділення лікарень тільки за медичними показаннями. Середній термін перебування у пологовому відділенні становить 2-3 дні, його подовження можливе лише за наявності показань.

Рішення про застосування епідуральної анестезії чи кесаревого розтину приймається лікарем. При високому рівні технічного оснащення і підготовці медичних кадрів система прийняття пологів є достатньо консервативною в плані альтернативних методів. У пологових відділеннях лікарень забезпечено високий рівень комфорту і сервісних послуг.

Догляд за людьми похилого віку, інвалідами і хворими з психічними розладами та медико-соціальну допомогу їм організовують та контролюють муніципалітети. Близько 80% муніципалітетів надають допомогу цілодобово. Деякі види медико-соціальної допомоги є платними, розмір якої варіює у різних муніципалітетах. В країні розглядається пи-

тання щодо нормування оплати вказаних послуг для підвищення їх доступності.

Основними напрямками кадрової політики в охороні здоров'я є підготовка та раціональне використання фахівців. Забезпечення населення Норвегії лікарями становить 385,3 на 100 тис., що є близьким до середнього в країнах ЄР ВООЗ (339,2) та ЄС (321,6 на 100 тис.). Протягом 1996-2007 рр. чисельність лікарів мала тенденцію до зростання, приріст якої склав 26,3% (рис.3). Вихідці з інших країн становлять понад 15% загальної чисельності лікарів.

За показником забезпечення медичними сестрами, який складає 1566,5 на 100 тис., країна посідає 2 місце в Європі після Монако і перевищує середній рівень в країнах ЄР ВООЗ та ЄС в 2,2 разу. З 1990 по 2007 рр. забезпечення населення медсестрами зросло в країні 18,4%.

Університети здійснюють підготовку лікарів і медичних сестер. Щорічно випускається 10,6 лікарів та 78,5 медичних сестер на 100 тис. Протягом 1990-2007 рр. ці показники зросли на 59,9% та 63,0% відповідно. Для набуття права займатися практичною діяльністю усі медичні працівники проходять багатомісячну практику в лікарні чи іншому медичному закладі та отримують ліцензію.

З усієї чисельності лікарів біля 20% лікарів працюють у первинній ланці, 60% – у стаціонарах. Понад 95% фахівців є членами Медичної асоціації, що дає право на спеціалізацію і підвищення кваліфікації. В країні є досить високим престиж медичного працівника.

Протягом 1986-2007 рр. забезпеченість лікарями загальної практики зросла з 66,4 до

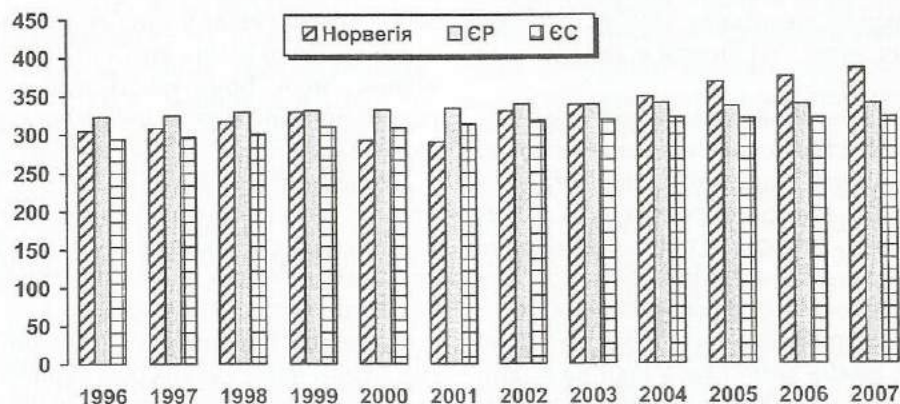


Рис. 3. Забезпечення населення Норвегії, країн ЄС та ЄР ВООЗ лікарями у 1996-2007 рр. (на 100 тис.)

75,9 на 100 тис. У країні високою є забезпеченість стоматологами (87,2 на 100 тис.). Вона в 1,7 разу перевищує середні показники в Європі та в 1,4 разу – в країнах ЄС. Чисельність фармацевтів становить 68,8 на 100 тис., що є вищою за середню величину в країнах ЄР ВООЗ.

У стаціонарах та державних амбулаторних закладах лікарі отримують заробітну плату. Приватні лікарі, що надають амбулаторну допомогу, працюють за угодами з місцевими органами влади і отримують кошти з державної системи страхування за надані послуги. Перелік платних послуг є обмеженим. Лікарі не можуть призначити оплату за послуги понад встановлену межу.

Існує брак медичних кадрів у віддалених, малонаселених районах та сільській місцевості. Найбільше не вистачає медичних сестер, лікарів загальної практики, стоматологів.

Кадрова політика країни спрямована на поліпшення забезпечення медичними працівниками, більш раціональний і ефективний їх розподіл, удосконалення інформаційної бази про медичні кадри. Вона ґрунтується на трьох принципах, а саме: самодостатності, відмови від залучення медичних кадрів з країн, де їх не вистачає, допомозі в збільшенні кадрових ресурсів охорони здоров'я країнам, що розвиваються.

В Норвегії здійснюється чітка регламентація роботи фармацевтичного сектору. Міністерство охорони здоров'я і соціального забезпечення встановлює правила торгівлі лікарськими засобами та контролює їх виконання. Управління з контролю за лікарськими засобами реєструє і дає дозвіл на торгівлю новими ліками, встановлює ціни на них. Директорат з охорони здоров'я видає ліцензії на виробництво препаратів, контролює його, а також продаж лікарських засобів, регулює розміщення аптек. Усі аптеки є державними закладами.

Незважаючи на досить високу ефективність і успішність системи охорони здоров'я, норвезька модель протягом тривалого часу зазнавала ряду реформаторських змін. Стратегічною ціллю реформ визнано підвищення якості і доступності медичної допомоги. Для її реалізації було затверджено список базових цін на лікарські засоби (1993 р.), введено граничний рівень витрат громадян на платні медичні послуги (1996 р.), змінено схему фінансування лікарень з глобального бюджету на фінансування за обсягами наданих послуг (1997 р.), введено систему реєстрації хворих в

зкладах первинної медико-санітарної допомоги (1997 р.), змінено умови оплати праці приватних лікарів (1998 р.).

Функції планування розвитку охорони здоров'я на регіональному рівні у 1998-1999 рр. покладено на окружні комітети охорони здоров'я; об'єднано психіатричні служби з іншими медичними службами, на муніципалітеті покладено організацію тривалого догляду за хворими з психічними розладами; закріплено права пацієнтів на вибір та зміну лікарні, надання консультації спеціаліста у 30-денний термін з дня направлення лікаря загальної практики, право на консультацію іншого лікаря загальної практики. Для підвищення доступності медичної допомоги, особливо жителям північних малозаселених територій, інтенсивного розвитку набула телемедицина.

Пріоритетна увага до питань функціонування охорони здоров'я з боку держави, постійний процес удосконалення її моделі, дозволив досягти високої ефективності діяльності з реалізації стратегічних завдань медичної галузі щодо підвищення рівня здоров'я населення, подовження тривалості та поліпшення якості життя.

Демографічна ситуація у Норвегії характеризується позитивною динамікою. За чисельністю населення країна посідає 33 місце в Європейському регіоні ВООЗ. За інформацією Норвезького інституту громадського здоров'я у Норвегії проживає 4,9 млн громадян, з яких 49,8% становлять чоловіки, 50,2% жінки. Протягом 1970-2009 рр. чисельність населення збільшилася на 23,0% (рис.4).

Для цієї скандинавської країни характерною є низька щільність розселення, яка становить 14,4 осіб на км². Про нерівномірність розміщення свідчить той факт, що 20% населення зосереджено у столичній агломерації. Рідко заселено північ країни і острови у Північному морі. Вони мають відносно слабо розвинену транспортну інфраструктуру і менше забезпечені закладами охорони здоров'я.

У віковій структурі населення діти становлять 19,2%, особи працездатного віку – 66,2%, старше працездатного – 14,6% (рис.5). За питомою вагою населення старших вікових груп Норвегія наближається до середніх показників в Європейському регіоні (15,1%) і має меншу частку таких осіб порівняно з країнами Європейського Союзу (16,9%).

Водночас для Норвегії, як і для більшості розвинених країн Європи, характерним є процес постаріння населення. З 1970 р. до

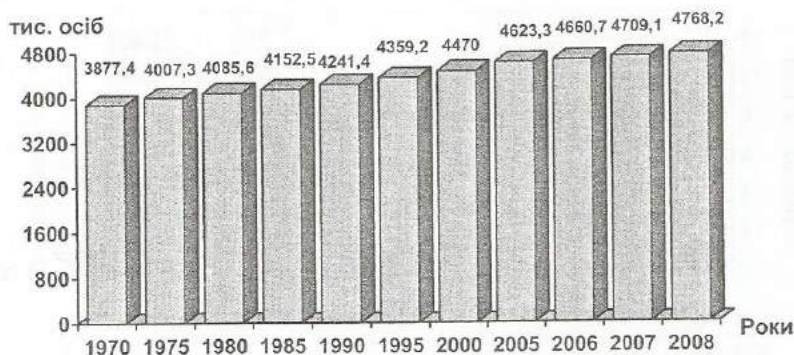


Рис.4. Чисельність населення Норвегії протягом 1970-2008 рр. (тис. осіб)

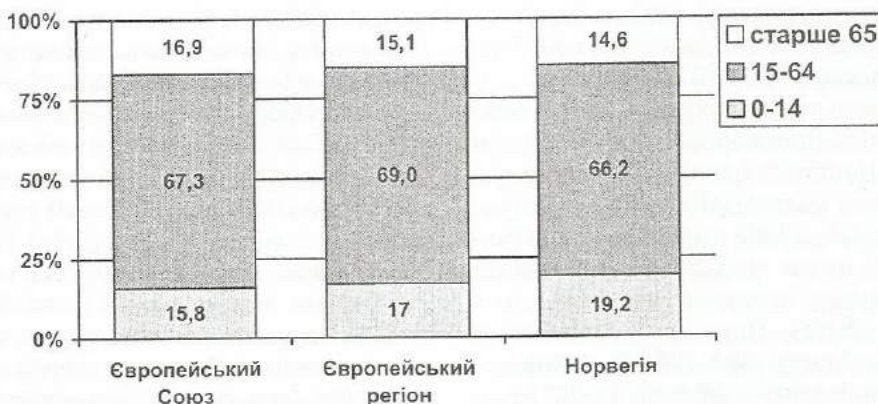


Рис.5. Вікова структура населення Норвегії, країн Європейського регіону ВООЗ та ЄС у 2007 р. (%)

2005 р. частка осіб старше 65 р. зросла з 12,9% до 14,6%, тобто на 13,2%. Це потребує врахування при плануванні обсягів і характеру медичного обслуговування.

Аналіз медико-демографічних даних свідчить, що для Норвегії притаманні вищі за середні в Європейському регіоні ВООЗ показники народжуваності та нижчі – показники смертності населення. Народжуваність протягом 1970-2007 р. зменшилася з 16,6 до 12,4 на 1000. Проте вона залишається найвищою серед країн Скандинавського півострова. Рівень народжуваності у Норвегії на 14,5% перевищує середній показник у країнах Європейського Союзу, на 7,2% – середній у Європейському регіоні.

Що стосується такої важливої демографічної характеристики, як смертність, то показник протягом останніх років становив 9,9-9,0 випадків на 1000 населення. Рівень є нижчим від середньоєвропейського (10,8‰) та близьким до показника в країнах Європей-

ського Союзу (9,7‰). Порівняно з 1990 р., смертність в Норвегії зменшилася на 18,3%, у сусіда Норвегії – Швеції, вказаний показник зменшився на 10% (рис.6).

У структурі смертності 34,8% займають хвороби системи кровообігу, 26,0% – злоякісні новоутворення, 10,0% – нещасні випадки, травми та отруєння. Стандартизовані показники смертності свідчать про зниження їх внаслідок серцево-судинної патології з 460,9 на 100 тис. у 1970 р. до 175,7 – у 2007 р., тобто в 2,6 разу.

Стандартизовані коефіцієнти смертності від онкологічної патології мали тенденцію до зростання. Протягом 1990-1997 рр. рівень смертності від раку збільшився на 2,9% з наступним зниження на 11,2% до 2007 р. Смертність від травматизму мала тенденцію до зменшення і з 1990 р. до 2007 р. знизилася з 54,2 до 39,1 на 100 тис.

Значною проблемою є порушення психічного здоров'я. Стандартизовані показники

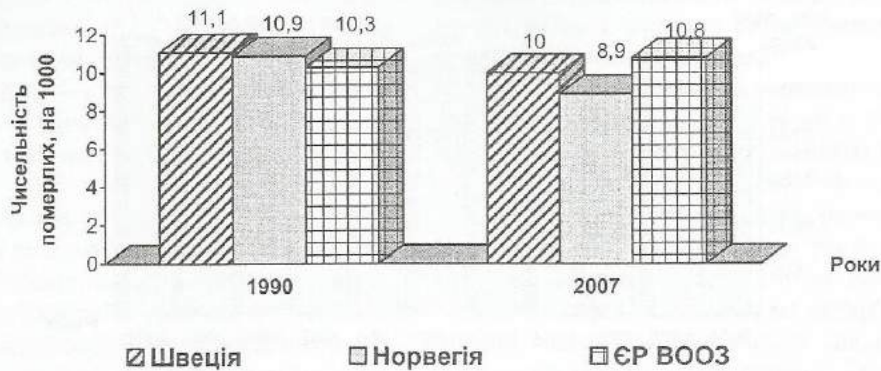


Рис. 6. Смертність населення Норвегії, Швеції, країн ЄР ВООЗ у 1990 р. та 2007 р. (на 1000 населення)

смертності внаслідок психічних розладів, хвороб нервової системи та органів чуття з 1980 р. до 2007 р. зросли з 18,2 до 37,9 на 100 тис.

Малюкова та материнська смертність, ці інтегральні показники популяційного здоров'я, у Норвегії є одними з найнижчих в Європі. Рівень малюкової смертності становив у 2007 р. 3,2 на 1000 народжених живими, що на 40,6% нижче від середнього в країнах ЄС та в 2,4 рази нижче, від аналогічного в країнах ЄР ВООЗ. Показник материнської смертності протягом 1986-1997 рр. коливався від 0 до 12 випадків на 100 тис., а у 2007 р. — дорівнював 6,8 відповідно.

Про високий рівень здоров'я норвежців свідчить середня очікувана тривалість життя при народженні, яка є однією з найбільших у Європі. Вона становить 80,8 року і перевищує середню в Європейському Союзі (79,2 року) та ЄР ВООЗ (75,3 року). Протягом 1970-2007

рр. цей показник постійно зростав (рис.7). У 2009 р. середня очікувана тривалість життя чоловіків в Норвегії становить 78,6 року, жінок — 83,1 року. Різниця в показнику середньої очікуваної тривалості життя жінок і чоловіків складає 4,5 року, тоді як в середньому в регіоні вона є значно більшою і дорівнює 7,7 року.

Хронічні захворювання, які характерні для старших вікових груп, є основними проблемами здоров'я населення. У структурі захворюваності превалюють хвороби системи кровообігу, онкологічні захворювання, психічні розлади. З 1996 р. до 2007 р. рівень захворюваності на рак зріс з 467,8 до 550,9 на 100 тис., тобто на 17,8%, що перевищило середні показники в країнах ЄС (476,3) та ЄР ВООЗ (364,1) (рис.8).

У країні протягом тривалого часу існують низькі рівні захворюваності на туберкульоз. У

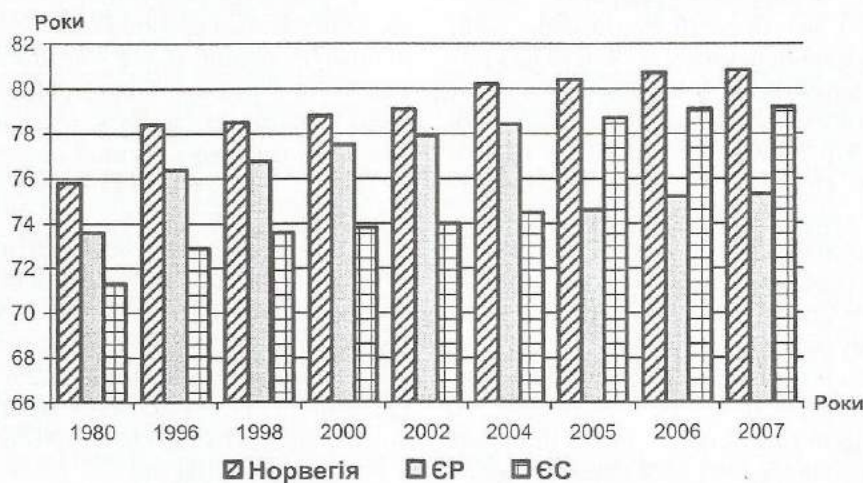


Рис. 7. Середня очікувана тривалість життя при народженні у Норвегії, країнах ЄР ВООЗ та ЄС протягом 1970-2007 рр. (роки)

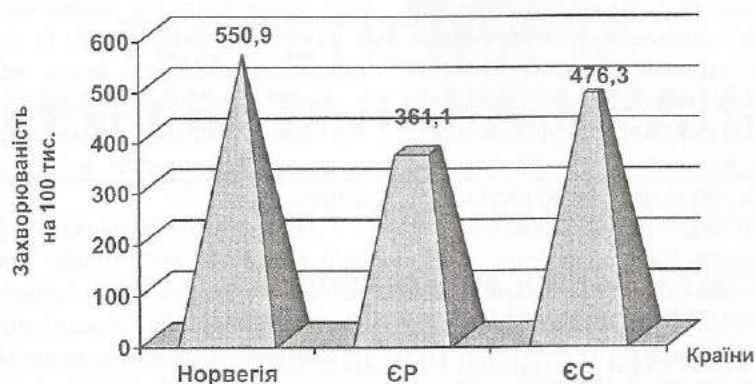


Рис.8. Захворюваність населення Норвегії, країн ЄС та ЄР ВООЗ на рак у 2007 р. (на 100 тис.)

ав (рис.7). У
ність життя
% року, жі
ніжку серед
жінок і чо
середньому
порівнює 7,7
і характерні
овними про
структурі за
оби системи
вання, пси
рівень захво
550,9 на 100
шито середні
ЄР ВООЗ
часу існують
уберкульоз. У

2008 р. показник становив 7,7 на 100 тис., що є в 5,4 разу меншим за середній в Європейському регіоні і в 2,2 разу меншим за середній в країнах Європейського Союзу. Захворюваність населення на СНІД (0,54 на 100 тис.) є в 3,0 рази нижчою за середньоевропейські показники (1,6 на 100 тис.). Число нових випадків ВІЛ-інфікування становило у 2006 р. 5,8 на 100 тис., при середньому в країнах ЄС (5,7), ЄР ВООЗ (15,0 на 100 тис.).

Важливим чинником формування популяційного здоров'я є спосіб життя. Для норвежців характерним є більш здоровий спосіб життя порівняно з середньоевропейським. Частка осіб старше 15 років, які палять щоденно, складає 21,0%, що дещо нижче, ніж в країнах Європейського Союзу (26,5%). Спостерігається тенденція до зменшення цього показника з 1996 р. до 2008 р.

Середньорічне споживання алкоголю у розрахунку на 1 мешканця становить в країні 4,8 л у перерахунку на чистий спирт, при середньому у Європі – 8,8 л, в країнах ЄС – 9,1 л.

Подібним до середньоевропейських показників (3301,6 ккал) та показників в країнах ЄС (3502,3 ккал) в Норвегії є середні рівні споживання калорій на 1 людину в день (3511,0 ккал). Протягом ряду років зростає споживання населенням фруктів і овочів, однак за цим показником Норвегія поступається країнам Європейського Союзу.

Однією з важливих проблем охорони здоров'я Норвегії є боротьба з ожирінням. Частка дорослого жіночого населення, яка має індекс маси тіла 27 і більше, становить в країні 30%, чоловіків – 20%.

У Норвегії активно ведеться боротьба за здоровий спосіб життя, а профілактичний напрям є пріоритетним для медичної сфери.

Проте значне постаріння населення та пов'язане з цим зростання хронічної патології, у т.ч. онкологічних захворювань та психічних розладів, є новими викликами для системи охорони здоров'я. Вони вимагають вирішення сучасних проблем і удосконалення діяльності галузі відповідно до зростаючих очікувань населення, у першу чергу шляхом поліпшення первинної медико-санітарної допомоги, впровадження профілактичних технологій, чітке визначення пріоритетів.

Висновки. Високий рівень здоров'я та якості життя населення Королівства Норвегія досягнуто завдяки послідовній реалізації основних напрямів соціальної політики держави, спрямованих на забезпечення стабільності і добробуту громадян. Система охорони здоров'я є моделлю національної системи, з децентралізацією управління, фінансуванням за рахунок податків, з охопленням усіх громадян медичним обслуговуванням, його широкою доступністю, превалюванням державного сектору і невеликою часткою платних послуг, з державною системою соціального страхування. Доступність медичного обслуговування для населення віддалених територій досягається завдяки широкому використанню санітарної авіації та комп'ютерних технологій, у т.ч. телемедицини.

Рівень фінансування медичної допомоги є адекватним існуючим потребам. Видатки на охорону здоров'я у % від ВВП та у розрахунку на душу населення є одними з найбільших у світі і Європі. Це створює можливості для впровадження новітніх технологій та надання якісних послуг. Повноваження з організації медичного забезпечення надано регіональним та місцевим органам управління.

На державному рівні здійснюється формування політики в охороні здоров'я, нор-

мування і контроль. При цьому Міністерство охорони здоров'я і соціального забезпечення визначає основні напрями політики в охороні здоров'я, а Директорат охорони здоров'я здійснює розподіл ресурсів, у т.ч. фінансових, та контролює їх використання. Країна має один з найвищих рівнів забезпеченості населення медичними кадрами, які користуються значним авторитетом. Особлива увага приділяється дотриманню прав пацієнтів, які можуть вільно вибирати та змінювати лікаря, а також лікувальний заклад.

Ефективність системи охорони здоров'я підтверджують одні з найкращих у світі і Європі інтегральні показники здоров'я, зокрема велика середня очікувана тривалість життя, невисокі показники загальної, малюкової, материнської смертності та поширеності хвороб.

Значних успіхів у збереженні та зміцненні здоров'я досягнуто завдяки здоровому способу життя переважної частини населення, якісній і доступній медичній допомозі.

Попри незаперечні результати діяльності система медичного обслуговування стикається з новими викликами часу. Значна частка населення старших вікових груп у структурі населення та прогнозування її збільшення у майбутньому, пов'язане з цим зростання хронічної патології, обумовлюють збільшення потреби в обсягах допомоги. Недостатнім є забезпечення медичними кадрами віддалених територій. Зростання вартості ліків потребує

вирішення багатьох фінансових питань, у т.ч. розмірів компенсацій, базових цін на лікарські засоби тощо. Існує необхідність поєднання децентралізації охорони здоров'я з державним регулюванням для гарантування загальної доступності медичного обслуговування.

Пріоритетні напрями реформ в країні передбачають посилення профілактичного вектору, у т.ч. шляхом проведення просвітницьких кампаній і вакцинації, використання економіко-правових важелів, утвердження здорового способу життя, а також удосконалення планування розвитку медичної допомоги на рівні медико-територіальних округів, впровадження нових методів управління лікарнями та форм їх фінансування, скорочення черг на певні види послуг у стаціонарах. Завданнями реформ є також поліпшення забезпечення медичними кадрами закладів охорони здоров'я сільських та віддалених територій, вдосконалення кадрової політики в охороні здоров'я, подальший розвиток телемедичних технологій. Реалізація цих та інших заходів дозволить підтримувати належний рівень доступності та якості надання медичних послуг, забезпечувати ефективність та результативність діяльності охорони здоров'я, створювати відповідні умови для збереження і зміцнення здоров'я громадян та формувати у населення високу оцінку щодо функціонування медичної сфери.

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Норвегия в фактах и цифрах 2007 /Министерство иностранных дел Норвегии, Центральное статистическое бюро Норвегии, 2007 г. — 64 с.
2. Норвегия. [Http://ru.wikipedia.org/wiki](http://ru.wikipedia.org/wiki).
3. Норвегия. [Http://www.krugosvet.ru/articles/ru](http://www.krugosvet.ru/articles/ru).
4. Системы здравоохранения: время перемен. Норвегия (реферат обзора) / ЕРБ ВОЗ, Копенгаген, 2002 г. — 11 с.
5. Jonsen I R. Health Systems in Transition: Norway / Copenhagen, WHO Regional Office for Europe on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies, 2006. — 187 p.
6. Health Care Systems in Transition: Norway / European Observatory on Health Systems, 2000. — 84 p.
7. База даних ЄРБ ВООЗ „Здоров'я для всіх”. [Http://www.euro.int/](http://www.euro.int/)