

УДК 351.77(477)

ЗАРУБІЖНИЙ ДОСВІД АДМІНІСТРАТИВНОГО УПРАВЛІННЯ У СФЕРІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

Олена ТЕРЗІ,

кандидат юридичних наук, доцент кафедри філософії та біоетики
Одеського національного медичного університету

АНОТАЦІЯ

Здійснене дослідження систем охорони здоров'я в тих країнах, які мають найкращі показники високого середнього рівня тривалості життя. Аналіз системи управління у сфері охорони здоров'я країн світу дозволяє констатувати в більшості з них дво- або тривірневу систему; у разі дворівневої системи управління – це управління першого рівня (центрального чи федерального уряду) і другого рівня, місцевого; тривірнева система управління містить центральний, регіональний, місцевий рівні. Управління сферою охорони здоров'я в Японії здійснюється на чотирьох рівнях: урядовому, префектурному, центрі охорони здоров'я та місцевих міських і сільських органів влади. Констатовано, що загальними ознаками систем управління у сфері охорони здоров'я є значна децентралізація управління; надання широких повноважень у цій сфері місцевим органам влади.

Ключові слова: система управління, децентралізація управління, охорона здоров'я, середня тривалість життя, Міністерство охорони здоров'я.

FOREIGN EXPERIENCE IN ADMINISTRATIVE MANAGEMENT OF HEALTH CARE

Olena TERZI,

Candidate of Law Sciences,
Associate Professor at the Department of Bioethics and Philosophy
of Odessa National Medical University

SUMMARY

The research of systems of health care in those countries with the best indicators of high average life expectancy is completed. An analysis of the management system in the health care of the world suggests that in most two or three levels the system, in the case of a two-tier system of governance, is: first level management: central or federal government, and second level, local level; the three-level management system includes central, regional, local level. Japan's healthcare sector is administered at four levels: government, prefectural, health centers and local city and rural authorities. It is stated that the general signs of management systems in the field of health are: significant decentralization of management; providing broad powers in this area to local authorities.

Key words: management system, decentralization of management, health care, average life expectancy, Ministry of Health.

Постановка проблеми. У країнах світу накопичений значний позитивний досвід охорони здоров'я, який забезпечує високий середній рівень тривалості життя, низьку дитячу смертність, розвиток тих напрямів у медичній галузі (персоніфікована та генна медицина), які дозволяють досягти таких результатів. Однак у науковій літературі ще недостатньо повно досліджуються й аналізуються шляхи досягнення таких успіхів, зокрема й управління у сфері охорони здоров'я. Водночас дієва система управління медичною сферою є запорукою високого рівня життя населення.

Стан дослідження. Зарубіжний досвід адміністративного управління у сфері охорони здоров'я ґрунтовно досліджується політиками, науковцями, практиками з метою виділення позитивних напрацювань і їх упровадження в медичну галузь. Указану проблематику активно досліджують М. Бадюк, М. Білинська, М. Бойчак, В. Воробйов, Д. Гайдаш, Г. Дічко, К. Дейниховська, Т. Курило, Ф. Левченко, В. Лехан, Я. Радиш, О. Проневич, А. Уваренко, О. Худоба й ін. У фахових публікаціях достатньо повно розкривається стан і напрямки розвитку медичної галузі в тому чи іншому регіоні світу, насамперед у Канаді, Австралії, скандинавських і азійських країнах, Європейському Союзі. Однак така характеристика є здебільшого загальною, без зосередження уваги саме на управлінні у сфері охорони здоров'я.

Метою й завданням статті є дослідження й з'ясування змісту та структури управління у сфері охорони здоров'я в

країнах світу з найвищими показниками щодо тривалості життя.

Виклад основного матеріалу. Кращими показниками у сфері охорони здоров'я є високий середній рівень тривалості життя, низька дитяча смертність, профілактика захворювань.

Високі показники тривалості життя має Японія, у 2017 р. у цій країні середня тривалість життя для жінок склала 87,26 р., для чоловіків – 81,09 р. За тривалістю життя жінок Японія поступається тільки Гонконгу, займаючи три роки поспіль друге місце. За середньою тривалістю життя чоловіків Японія займає третє місце [1]. Найдовше в ЄС люди живуть в Італії й Іспанії [2]. Серед скандинавських країн за вказаними показниками лідирують Швеція, Фінляндія, Данія.

Розглянемо досвід управління у сфері охорони здоров'я в деяких із цих країн.

Система охорони здоров'я в Японії є специфічною, децентралізованою й диверсифікованою. Управління у сфері охорони здоров'я здійснюється на чотирьох рівнях: урядовому, префектурному, центрі охорони здоров'я та місцевих міських і сільських органів влади [3].

Наведемо окремі повноваження центральних і місцевих органів у вказаній сфері. Центральний уряд регулює та контролює майже всі аспекти системи охорони здоров'я, включаючи систему медичного страхування, а також установлює загальнонаціональний графік зборів для страхово-

го відшкодування, субсидування та нагляду за місцевими урядами, страховиками та медичними працівниками. Центральний уряд установлює і впроваджує детальні правила для страховиків і постачальників медичних послуг на рівні префектури.

Закон «Плани медичної допомоги», прийнятий у червні 2006 р., установлює відповідальність кожного префектурного уряду за розроблення таких планів на своїй території для надання ефективної та якісної медичної допомоги її жителям. Префектурні уряди також є відповідальними за щорічні огляди та перевірки лікарень щодо забезпечення дотримання нормативних вимог. Префектури й великі муніципалітети зобов'язані створювати центри здоров'я, які фінансуються місцевими та національними органами управління та здійснюють пропаганду здорового способу життя для населення [4, с. 28–29].

Окрім великі міста вповноважені ліцензувати клініки й аптеки. У медичних працівників є розпорядження з їхнього управління, за винятком платіжних систем, стандартів і керівних указівок, наданих урядом. У структурі органів місцевого самоврядування є відділи охорони здоров'я, відповідальні за керівництво такими місцевими програмами [5, с. 108].

Важливу роль у формуванні політики у сфері охорони здоров'я відіграє Міністерство фінансів, яким формується план річного бюджету щодо охорони здоров'я й медичного страхування для Кабінету Міністрів Японії.

Однак в управлінні охороною здоров'я в Японії є й певні проблеми. Назвемо дві з них: 1) ставиться питання про реформування місцевої фінансової системи для забезпечення повної відповідальності місцевих органів влади за забезпечення охорони здоров'я; це зумовлюється тим, що склалася закономірність, за якою місцеві органи влади та національна влада намагаються перекласти відповідальність за забезпечення охорони здоров'я один на одного; 2) отримання реальних статистичних даних для використання під час розроблення відповідної політики у сфері охорони здоров'я [6].

Аналіз системи управління у сфері охорони здоров'я країн світу дозволяє констатувати дво- чи трирівневу систему; у дворівневій системі управління має місце управління першого рівня (центрального чи федерального уряду) і другого рівня, місцевого (Фінляндія); трирівнева система управління включає центральний, регіональний, місцевий рівень (Іспанія, Швеція та Данія).

Коротко охарактеризуємо систему управління в медичній галузі в Іспанії, яка має кращі показники серед країн ЄС. Насамперед відзначимо, що ст. 43 Конституції Іспанії встановлює право на охорону здоров'я для всіх громадян. Політична організація іспанської держави складається з центрального уряду та 17 централізованих регіонів (автономних співтовариств) з урядами та парламентами. За останні роки автономним співтовариствам були передані повноваження й відповідальність у сфері охорони здоров'я, що наближає управління охороною здоров'я до громадян і гарантує їм рівність, якість і участь як користувачів у цій системі [7].

В Іспанії система управління охороною здоров'я має три рівні організації: центральний, регіональний (окружний) і муніципальний. На центральному рівні діє Міністерство охорони здоров'я та захисту споживачів, яке визначає мінімальні стандарти й вимоги до надання медичної допомоги, дозволяє налагодити інформаційну систему й гарантує взаємодію між національними медичними спеціалістами й округами. Міністерство також має повноваження для складання й оприлюднення порівняльних медичних звітів за результатами своєї внутрішньої та міжнародної діяльності, здійснення досліджень і висвітлення практич-

них досягнень. У віданні Міністерства охорони здоров'я знаходиться діяльність Національного інституту здоров'я, післядипломна медична освіта (спільно з Міністерством освіти), політика у сфері лікарських засобів, стандартизація лікарських засобів та іншої продукції медичного призначення [8, с. 9].

Округи вирішують, як організувати та здійснювати медичне обслуговування відповідно до національного законодавства. Міжтериторіальна рада (орган, що діє на території округів) складається з представників окружних і державних адміністрацій і наділена повноваженнями сприяти роботі системи охорони здоров'я. Муніципальний рівень системи охорони здоров'я піклується про два важливих питання – гігієна й охорона навколишнього середовища [9, с. 5–6].

Базовою територіальною структурою охорони здоров'я є медичні райони, в яких організоване первинне й спеціалізоване (як амбулаторне, так і стаціонарне) медичне обслуговування. Є також більш дрібні медичні ділянки, де є центр первинного медичного обслуговування [8, с. 8].

Значну автономію в Іспанії мають установи охорони здоров'я. Щоб її отримати, вони повинні мати відповідний правовий статус і професійний керівний орган, який є незалежним і не політизованим.

Хоча децентралізація системи охорони здоров'я в Іспанії незмінна, однак упродовж останнього десятиліття були вжиті заходи, спрямовані на досягнення балансу між децентралізацією та національним характером систем охорони здоров'я, а враховуючи економічну кризу, роль національного рівня була підсилена [10].

Система охорони здоров'я в Іспанії є успішною. Відповідно до нових досліджень, Іспанія займає восьме місце у світі за стандартами охорони здоров'я. Іспанія набрала 90 очок зі 100, отримавши восьме місце у світовому рейтингу, вище за системи охорони здоров'я Італії (89), Франції (88), Греції (87), Німеччини (86), Великобританії (85) і Португалії (85) [10].

Водночас в останні роки в Іспанії спостерігається зростання витрат на охорону здоров'я, що пов'язано зі старінням населення, ожирінням і частими зверненнями до лікарів.

Специфічна децентралізація в системі охорони здоров'я характерна для Німеччини. Повноваження в аналізованій сфері розподілені між федеральним урядом (відповідає за розроблення загальної законодавчої схеми, однак регулювання на цьому рівні фактично обмежується забезпеченням якості надання медичних послуг), Міністерством охорони здоров'я й соціального забезпечення (здійснює загальне керівництво), 16 федеральними землями та корпоративними структурами.

За федеральними землями встановлена відповідальність за планування медичної допомоги, стабільне забезпечення фінансування лікарень, задоволення потреб населення в медичній допомозі. Адміністрація земель планує обсяг надання медичної допомоги на основі регіонального та національного законодавства та під час консультування з регіональними зацікавленими сторонами. У рамках федерального законодавства кожна земля розробляє своє законодавство для лікарень, яке включає специфічні для конкретної землі законодавство, лікарняний план і програми інвестицій. Тому в різних суб'єктах федерації (землях) характер, рамки та планування можуть значно різнитися [11, с. 41–42].

Корпоративні органи (лікарняні каси, об'єднання лікарів лікарняних кас та ін.) є саморегулюючими структурами, які базуються на обов'язковому членстві, внутрішній демократичній основі; на правовій базі надають медичну допомогу населенню в межах своїх повноважень. Вони

мають право й обов'язок визначати пільги, ціни та стандарти (федеральний рівень), а також узгоджують горизонтальні контракти та контролюють діяльність своїх членів (регіональний рівень).

Крім корпоративних організацій, що приймають рішення, іншим організаціям в аналізованій сфері надані формальні права для прийняття певних рішень за допомогою консультацій (наприклад, медсестер і суміжних медичних професій) і пропозицій (організації пацієнтів).

Зауважимо, що децентралізація в Німеччині в медичній сфері може набувати різних форм, які відображають зростаючий рівень автономії від центрального уряду: 1) деконцентрація – передача деяких адміністративних повноважень від центральних урядових установ до місцевих органів; 2) деволюція – передача відповідальності від центрального рівня до регіональних або місцевих органів влади, із фінансовою відповідальністю чи без неї; 3) делегація – передача повноважень місцевим установам чи організаціям поза структурою центральної влади, таким, як квазіпублічні (неурядові) організації, але зі збереженням при цьому центрального урядового непрямого контролю; 4) приватизація – передача права власності та державних функцій від державних приватних органів до добровільних організацій, некомерційних і неприбуткових приватних організацій [12, с. 17–18, 52].

Розглянемо управління системою охорони здоров'я в скандинавських країнах. У Данії національна влада встановлює нормативну базу для служб охорони здоров'я та відповідає за загальне планування та нагляд. Загальне регулювання, планування та нагляд за службами охорони здоров'я, включаючи механізми контролю витрат, здійснюється на національному рівні через парламент, Міністерство охорони здоров'я, Данське управління охорони здоров'я, Данське агентство лікарських засобів і Данське агентство з безпеки пацієнтів.

Національні органи відповідають за загальний нагляд за медичним персоналом, за розроблення управління якістю відповідно до національних клінічних керівництв і стандартів, звичай, у тісному співробітництві з представниками медичних товариств. Ці органи також відіграють важливу роль у плануванні розміщення спеціалізованих послуг, в утвердженні планів регіональних лікарень і утвердженні обов'язкових «договорів про охорону здоров'я» між регіонами та муніципалітетами для координації надання послуг. Національними органами проводяться порівняльні дослідження ефективності (продуктивності), які публікуються регулярно, що дозволяє регіонам і керівникам лікарень оцінити ефективність окремих відділень лікарень. Національними угодами визначаються ставки для лікарів загальної практики й практикуючих спеціалістів.

П'ять адміністративних районів, керованих демократично обраними радами, відповідають за планування та надання спеціалізованих послуг, а також виконують завдання, пов'язані зі спеціалізованим соціальним обслуговуванням і координацією. Області управляють, володіють лікарнями, фінансують їх, фінансують більшість послуг, наданих приватними лікарями загальної практики, офісними спеціалістами, фізіотерапевтами, стоматологами та фармацевтами. Регіони відповідають за визначення й управління лікарняними службами, а також за нагляд і оплату лікарів загальної практики й спеціалістів, можуть укладати додаткові регіональні угоди для конкретних послуг, ведуть переговори з асоціаціями лікарів.

Муніципалітети несуть відповідальність за фінансування та доставку догляду в домашніх умовах, домашніх медсестер, медичних працівників, деякі стоматологічні послуги, шкільні медичні послуги, допомогу в домашніх умовах і лікування зловживань наркотиками й алкоголем;

загальні завдання з профілактики та реабілітації. Окрім того, муніципалітети відіграють важливу роль у профілактиці, зміцненні здоров'я й довготривалому догляді [13].

Шведська система охорони здоров'я прагне забезпечити здоров'я всіх громадян і дотримується принципів людської гідності, необхідності та солідарності, ефективності витрат. Основними принципами охорони здоров'я у Швеції є такі: 1) гідність (усі люди мають рівне право на гідність і повинні мати однакові права, незалежно від їх статусу в спільноті); 2) солідарність (ті, хто найбільше потребує, мають перевагу в медичній допомозі); 3) економічна ефективність (коли вибір має бути зроблений між різними варіантами охорони здоров'я, витрати повинні бути розумними).

У Швеції є три незалежних державних рівні: національний уряд, 21 окружна рада (регіони) і 290 муніципалітетів [14, с. 11].

Система охорони здоров'я Швеції будується на принципі розділення відповідальності за охорону здоров'я й медичне обслуговування населення між державою, обласними радами й муніципалітетами. Держава несе відповідальність за загальну політику в галузі охорони здоров'я. Центральні органи влади забезпечують реалізацію основних принципів і директив, формують актуальну політику у сфері охорони здоров'я й медичного обслуговування.

Закон про охорону здоров'я й медичну допомогу вказує на обов'язки в цій сфері ландстінгів і муніципалітетів. Ландстінг – це політичний орган, представники якого вибираються громадянами кожного лену (області) раз на чотири роки одночасно із загальними виборами в парламент. Відповідно до політичних установок Швеції ландстінг кожного лену зобов'язаний забезпечувати охорону здоров'я і якісне медичне обслуговування своїх мешканців, а також покращувати здоров'я всього населення [8, с. 12]. Муніципалітети відповідають за піклування про людей похилого віку та людей з обмеженими можливостями, також вони відповідають за надання послуг пацієнтам у постлікарняний період і медичне обслуговування в школах. Більшість центрів первинної медичної допомоги, майже всі лікарні первинної медичної допомоги та всі лікарні належать повітовим радам. Районні ради/регіони несуть відповідальність за фінансування та надання медичних послуг їх населенню [14, с. 6].

У Фінляндії в структурі управління охороною здоров'я виділяють два основних рівні: центральний (уряд) і місцевий (муніципалітети). Окрім того, у керівництві охороною здоров'я беруть участь губернії – адміністративні одиниці країни, а в керівництві лікарнями – лікарняні округи (об'єднання муніципалітетів). Міністерство соціального забезпечення й охорони здоров'я видає основні закони у сфері охорони здоров'я й соціального забезпечення й слідкує за їх виконанням. При міністерстві функціонує Науково-дослідний центр із питань охорони здоров'я й соціального забезпечення, Відділ судової медицини й Управління лікарськими засобами.

Фінська система охорони здоров'я значною мірою децентралізована, основну частину адміністративних функцій виконують муніципалітети. У країні є 20 лікарняних округів (об'єднань муніципалітетів), відповідальних за спеціалізоване медичне обслуговування на своїй території. Кожний муніципалітет належить до відповідного лікарняного округу. Усередині лікарняного округу є механізм вирівнювання витрат, згідно з яким витрати на дороге лікування розподіляються між усіма муніципалітетами, що входять до складу округу.

Муніципалітети можуть надавати медичні послуги самостійно, у співпраці із сусідніми чи закуповувати ці послуги в приватному секторі (останнім часом частка останнього зростає). Організація медичного обслуговування та

його тактика в різних муніципалітетах істотно різняться, так само, як і витрати на охорону здоров'я в розрахунку на душу населення [8, с. 15–16].

Висновки. Дослідження систем управління у сфері охорони здоров'я в країнах із високим середнім рівнем тривалості життя дає можливість зробити висновки про охоплення медичною допомогою фактично всього населення, що сприяє постійному покращенню багатьох показників здоров'я, таких, як результати лікування, якість медичних послуг, задоволення користувачів їх наданням. Загальними ознаками систем управління у сфері охорони здоров'я є такі: 1) значна децентралізація управління; 2) надання широких повноважень у цій сфері місцевим органам влади. До специфічних ознак віднесемо управління за двома, трьома, чотирма рівнями надання медичних послуг.

Список використаної літератури:

1. Тривалість життя японців досягла чергового історичного рекорду URL: https://espreso.tv/news/2018/07/21/tryvalist_zhytva_yaponciv_syagnula_chergovogo_istorychnogo_rekordu.
2. Найдовше в ЄС люди живуть в Італії та Іспанії, найменше – в Литві й Болгарії. Євростат випустив свіжу статистику. URL: https://dt.ua/WORLD/naydovshe-v-yes-lyudi-zhivut-v-italiyi-ta-ispaniyi-naumenshe-v-litvi-i-bolgariyi-179577_.html.
3. Матвієнко Ю. Система охорони здоров'я в Японії. Медицина світу. 2013. № 11. URL: <http://msvitu.com/archive/2013/november/article-10.php>.
4. Japan Health System Review. URL: <http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/259941/9789290226260-eng.pdf?sequence=1>.
5. Державне управління охороною здоров'я в Україні: генеза і перспективи розвитку: кол. моногр. / кол. авт.; упоряд. проф. Я. Радиш, передм. Т. Бахтєвої; за заг. ред. проф. М. Білинської, проф. Я. Радиша. К.: НАДУ, 2013. 424 с.
6. Ogata H. Health care delivery system in Japan: features, challenges and perspectives. Fukuoka Igaku Zasshi. 2012 Mar;103(3): 49–58.

7. Rivera de los Santos F., Ramos Valverde P., Moreno Rodríguez C., Hernán García M. Salutogenic model analysis in Spain: application in public health and implications for asset health model. Rev Esp Salud Publica. 2011 Mar-Apr;85(2): 129–39.

8. Досвід становлення та розвиток управління охороною здоров'я населення країн ЄС URL: http://www.trtmo.te.ua/wp-content/uploads/2015/upr_oh_zdorov_yes.pdf.

9. Дейниховська К. Європейські принципи та методи функціонування системи охорони здоров'я (на прикладі Франції та Іспанії) URL: <http://www.kbuapa.kharkov.ua/e-book/db/2008-2/doc/5/04.pdf>.

10. Spain's healthcare ranks among top ten in world - The Local URL: <https://www.thelocal.es/.../spains-healthcare-ranks-among-be>.

11. Ettelt S. Nolte E., Thomson S., Mays N. Основы политики. Планирование оказания медицинской помощи. Обзор международного опыта. М.: Реал Тайм, 2009. 64 с.

12. Germany Health system review. URL: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0008/255932/HiT-Germany.pdf?ua=1.

13. Denmark: International Health Care System Profiles. URL: <https://international.commonwealthfund.org/countries/denmark/>.

14. Health Care System in Sweden. URL: <https://eclass.uoa.gr/modules/document/file.php/NURS271/Health%20Care%20System%20in%20Sweden.pdf>.

ІНФОРМАЦІЯ ПРО АВТОРА

Терзі Олена Олександрівна – кандидат юридичних наук, доцент кафедри філософії та біоетики Одеського національного медичного університету

INFORMATION ABOUT THE AUTHOR

Terzi Olena Oleksandrivna – Candidate of Law Sciences, Associate Professor at the Department of Bioethics and Philosophy of Odessa National Medical University

terzi.elena@ukr.net