

*Н. В. Авраменко,
к. мед. н., доцент, доцент кафедри акушерства, гінекології та
репродуктивної медицини, Запорізький медичний університет*

ВІТЧИЗНЯНИЙ ТА ЗАРУБІЖНИЙ ДОСВІД ДЕРЖАВНОГО УПРАВЛІННЯ В СФЕРІ КОНТРОЛЮ ЗА ЯКІСТЮ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ

У статті автором досліджено систему контролю за якістю надання медичної допомоги та нагляду за професійними правопорушеннями у сфері охорони здоров'я, особливості державного управління медичною діяльністю з контролю якості наданої медичної допомоги, зарубіжний досвід притягнення до відповідальності медичних працівників.

The author of the article examines checking after quality of grant of medicare and supervision system after professional offences in the field of health protection, features of public administration of the medical activity for control of quality of the given medicare, foreign experience of bringing in to responsibility of medical workers.

Ключові слова: державне управління, охорона здоров'я, контроль, медична допомога, пацієнт, порушення.

ВСТУП

В умовах переходу держави до ринкової трансформації суспільства особливо значення набуває захист інтересів пацієнта для уникнення можливостей зловживання з боку несумлінних суб'єктів, які подають медичну допомогу. У процесі розбудови України як правової держави виникли проблеми зростання кількості правопорушень у сфері подання лікувально-діагностичної допомоги, які є питаннями не тільки медичної або юридичної практики, але й державно-управлінської.

ПОСТАНОВКА ЗАВДАННЯ

Дослідити вітчизняний та зарубіжний досвід державного управління в сфері державного контролю за якістю медичної допомоги.

РЕЗУЛЬТАТИ

У науковій літературі ґрунтовно та справедливо наголошується, що дієвість державного управління тісно пов'язана з контролем та наглядом. Соціальне призначення контролю полягає в тому, що він має бути джерелом інформації про процеси, які відбуваються, а також умовою підтримки законності, порядку й організованості, охорони свободи і дотримання прав громадян [10, с. 45].

Контроль є важливою ланкою системи державного управління, однією з найважливіших його функцій, яка дає змогу: порівняти фактичний стан у тій чи іншій галузі з належними вимогами;

виявити недоліки й помилки в роботі та запобігти їх появі; оцінити відповідність здійснення інших функцій управління до поставлених завдань [4, с. 56].

У загальному вигляді контрольна функція державного управління, на думку В.Малиновського (2000), "...полягає в тому, щоб встановити, чи відповідає діяльність органів управління, підприємств, установ, організацій тим завданням, що стоять перед ними; чи виконуються і як саме виконуються покладені на них обов'язки; яким є практичний результат зробленої роботи; чи є відхилення від поставлених цілей і якщо так, то які причини і хто в цьому винен тощо" [10, с. 215].

Контрольна і наглядова діяльність щодо забезпечення законності у державному управлінні притаманна всім ланкам державного механізму, як зазначає відомий англійський вчений Глен Райт (1994), "...слід здійснювати пильний нагляд для того, щоб відбувалася бодай якась діяльність" [12, с. 27]. А французький дослідник державного управління Б.Гурне (1993) вважає, що без контролю не може бути ефективного управління, тому контроль завжди слід розглядати як обов'язкову функцію державного управління, елемент зворотного зв'язку, що дозволяє своєчасно відреагувати на будь-які відхилення від запланованого шляху досягнення поставлених цілей розвитку держави, основних напрямів і видів її діяльності [3, с. 34].

Слід також зазначити, що, як стверджують окремі автори [10, с. 101], у науковій літературі при визначенні контрольної функції управління іноді трапляється акцентування на здійсненні її у вигляді нагляду, при цьому протиставляються або поєднуються поняття "контроль" і "нагляд", тоді як поняття контролю у державному управлінні є ширшим від поняття нагляду. Так, під час здійснення контролю перевіряються не лише порядок і систематичність виконання нормативно-правових актів і прийняття рішень. Враховуючи особливість контролю як функції державного управління, державно-відомчим контролюючим органам надане право втручання в оперативну діяльність підконтрольних органів у формі видання обов'язкових для виконання вказівок. Завданням же нагляду є лише виявлення і запобігання правопорушенням, відповідності діяльності підконтрольних об'єктів до чітко встановлених правил тощо.

Визначенню змісту та функції контролю присвячена ціла низка робіт вітчизняних вчених. Наприклад, О.П. Полінець (2002) справедливо вважає, що зміст контролю у державному управлінні полягає "...в перевірці діяльності, отриманні звітів органів державного управління, організацій, що їм підпорядковані, та посадових осіб; розгляді й аналізі отриманих даних, на основі яких розробляються коротко- та довгострокові прогнози і плани; виявленні та попередженні недоліків у роботі та вжитті певних заходів для досягнення необхідних результатів і реалізації визначених цілей" [5, с. 321].

Органи державної влади, органи місцевого самоврядування, відомчі органи, громадські організації, колективні та колегіальні органи управління тощо можуть виступати суб'єктами контролю у державному управлінні, тоді як об'єктами контролю є цілі, стратегії, процеси, функції і завдання, параметри діяльності, управлінські рішення, організаційні формування, їх структурні підрозділи та окремі виконавці. Взаємопов'язана сукупність контролюючого суб'єкта, контрольних дій та контрольованого об'єкта і є організаційною системою контролю [4, с. 78].

Державне управління медичною діяльністю з контролю якості наданої медичної допомоги і запобігання правопорушенням з боку медичних працівників, що включає розгляд скарг пацієнтів на несумлінне лікування, негативні наслідки, що виникли у зв'язку з ним, та захист прав пацієнтів є актуальним для всіх країн, але здійснюється неоднаково.

Важливою проблемою у світі є представлення інтересів лікарів на міжнародному рівні. Ці функції виконують Всесвітня Медична асоціація і Всесвітня Психіатрична Асоціація, а також численні спеціалізовані міжнародні організації. У більшості країн, у тому числі й в Україні, також функціонують професійні асоціації й інші громадські організації, що захищають інтереси медичних працівників або пацієнтів.

Так, у Чилі основною організацією, що представляє інтереси лікарів з професійних та деонтологічних питань, є

Національна медична колегія. У багатьох державах професійна асоціація страхує своїх членів — для захисту лікаря посилає до суду адвоката, ну а якщо вже позов програваний, то й сплачує гроші позивачу. За неналежне виконання професійних обов'язків, порушення правил моралі, етики або деонтології лікаря можуть виключити з професійної асоціації.

У Німеччині тенденція сучасної юриспруденції спрямована на позасудовий розгляд справ щодо правопорушень медичних працівників. Тому в лікарських асоціаціях організуються комісії, рішення яких визнаються незаперечними для страхових компаній, що несуть відповідальність за лікаря. Введений контроль за якістю типових хірургічних втручань сприяв скороченню кількості позовів до судових інстанцій [15, с. 1017]. При цьому проведення процесу слідує щодо "лікарських справ" спрощене, оскільки адвокати одержують усю документацію і дані медичної експертизи вже на етапі попереднього розслідування. Розгляд справ відбувається з урахуванням багатьох не тільки власне юридичних, але й моральних обставин, коли зрозумілими стають особистість лікаря, з одного боку, і стан пацієнта — з другого [14, с. 9].

У Бразилії існують медичні ради на федеральному і місцевому рівнях, де розглядаються питання етики, є і Медична асоціація, яка займається науковими аспектами медицини. Існують також медичні синдикати, які проводять переговори з владою від імені лікарів. Однак така кількість служб, що займаються аналогічними проблемами, сприяє появі розбіжностей між федеральними органами й окремими штатами [11, с. 78].

В Індії функціонує Державна Медична Рада (the State Medical Councils), що складається з членів, обраних медичними працівниками, які зареєстровані в Державному Медичному Реєстрі, і тих, кого висунув Уряд Індії. До функцій Державної Медичної Ради належать:

- затвердження реєстру (прізвища всіх медичних працівників Індії заносяться до Державного Медичного Реєстру, Секретар Державного Медичного реєстру повинен інформувати Медичну Раду про всі зміни, які відбуваються в ньому);

- контроль за дотриманням медичної етики й етикету;
- дисциплінарний контроль;
- винесення застережних зауважень.

Медичному працівнику, якого визнали винним у несумлінній поведінці, дисциплінарному правопорушенні, виявленому лікарському нецтві, небайдужості, може бути оголошено догану. В разі скоєння серйозного правопорушення приймається рішення про тимчасове або постійне виведення з Реєстру його імені, тобто він позбавляється права на лікарську практику в Індії. Але в цій державі діє також Союз Медичного Захисту (the Medical Defence Union), який представляє інтереси лікарів.

В Австралії пацієнт, незадоволений поданою медичною допомогою, може звернутися до Медичних управлінь штатів (Medical Board), поліції, судів чи спеціальних комісій з розгляду скарг хворих (Health Care Complaints Commission). У лікарнях за "роботу зі скаргами" відповідають старші медсестри, менеджери,

соціальні працівники. У великих лікарнях є навіть посада співробітника, що представляє інтереси хворих.

Усі лікарі Австралії є членами так званих страхових захисних медичних організацій (medical defense unions), що захищають лікарів, представляють їх інтереси та сплачують суму, яку суд присудив на користь пацієнта. Захисні медичні організації забезпечують своїх членів усіма видами юридичної допомоги, а в разі скарг хворих радять своїм членам, чи варто взагалі доводити справу до суду, чи краще узгодити питання позасудовим урегулюванням [1, с. 123].

Для захисту прав пацієнтів у Великобританії видаються спеціальні журнали, де публікуються рейтинги лікарів з вказівкою їхніх прізвищ та інформацією про лікарські помилки кожного. А в США існує анонімний банк даних на лікарів, куди може звернутися будь-який пацієнт із заявою про допущену лікарську помилку тощо. Такі дані збираються, аналізуються, і міністерство має право направити експерта, щоб оцінити роботу лікаря та зробити висновки. До цього банку даних може звернутися і роботодавець, перш ніж прийняти лікаря на роботу.

Крім того, інститут медицини Національної академії наук США створив Національний круглий стіл з питань якості медичної допомоги, а саме: методи її вимірювання, оцінка, шляхи покращення. До його складу входять 20 представників приватного й громадського сектору охорони здоров'я, практичної медицини, спеціалістів академії, бізнесу, адвокатури з питань захисту прав споживачів, засобів медичної інформації, а також керівники федеральних програм охорони здоров'я [16, с. 1000].

Тут доцільно відзначити, що американська служба здоров'я повністю підлягає інтересам ринку. В основі діяльності більшості медичних закладів лежать комерційні принципи — страхування громадян на випадок хвороби здійснюється у США через мережу страхових компаній, що працюють за принципами приватного підприємництва, діяльність якого не регулюється державою. Лише невелику частину населення (менше як 30,0%) держава страхує через федеральні програми для пенсіонерів, інвалідів, бідняків — програми "Medicare" та "Medicaid".

Сьогодні в США обговорюються питання про реформування охорони здоров'я, тому що існуюча децентралізована система приватного медичного страхування за практично відсутнього контролю та регулювання з боку держави себе не виправдала. Витрати на охорону здоров'я зростають, але адекватного ним поліпшення якості медичної допомоги немає, тобто ефективність охорони здоров'я недостатня. Одна з головних тенденцій перетворень у системі медичної допомоги США виявляється у збільшенні регулюючої ролі держави.

З 1996 року у Росії діє Міжрегіональна Експертна Рада з експертизи якості медичної допомоги, в обов'язки якої входять: розробка нормативних документів, узагальнення досвіду територій з оцінювання якості медичної допомоги. Метою здійснення відомчого контролю за якістю медичної допомоги є забезпечення прав пацієнта на одержання необхідного обсягу і належної якості медичної допомоги на підставі

оптимального використання кадрових і матеріально-технічних резервів охорони здоров'я і застосування досконалих медичних технологій [9, с. 45].

Відомчий чи адміністративний контроль за якістю медичної допомоги здійснюється експертним шляхом посадовими особами лікувально-профілактичних закладів, клініко-експертними комісіями і головними фахівцями всіх рівнів охорони здоров'я. У разі потреби для проведення експертиз можуть залучатися співробітники вищих навчальних закладів, науково-дослідних інститутів.

Система відомчого контролю в Росії містить у собі оцінку й експертизу процесу подання медичної допомоги конкретним пацієнтам, вивчення думок пацієнтів, реєстрацію та аналіз показників, що характеризують якість і ефективність медичної допомоги, виявлення й обґрунтування допущених дефектів, лікарських помилок та інших чинників, що мають негативну дію і тягнуть за собою зниження якості й ефективності медичної допомоги. Крім того, у її функції входить підготовка рекомендацій для головного лікаря ЛПЗ і органів управління охороною здоров'я, спрямованих на запобігання лікарським помилкам у роботі, поліпшення якості й ефективності лікувально-діагностичної допомоги, організації контролю за реалізацією управлінських рішень [9, с. 56].

Однак російські науковці [11, с. 123] визнають недосконалість даної системи і відзначають, що члени відомчих комісій, які перевіряють обґрунтованість скарги пацієнта (його родини), не "страхуються" від кримінальної відповідальності за подання свідомо помилкового висновку та не несуть її. Тому в окремих випадках через необхідність в юридичному значенні кожного слова своїх висновків, а також бажання не підвести лікаря, що потрапив у важке положення, допускають необґрунтоване тлумачення події. На жаль, іноді члени комісії, звичайно, співчутливі колезі, стоять на сторожі корпоративних інтересів, ігноруючи науково-практичні факти, забуваючи про моральний борг перед хворим, безсовісно перекручують правду.

Система відомчого контролю за якістю медичної допомоги та правопорушеннями медичних працівників в Україні повинні здійснювати головні лікарі, їх заступники, завідувачі відділень, а також лікувально-контрольні комісії при управліннях охорони здоров'я обласних та міських держадміністрацій і ЛПЗ. До функцій останніх, серед інших, належать і перевірка правильності проведенного обстеження, встановленого діагнозу та призначеного лікування, розгляд скарг громадян, прийняття управлінських рішень про відповідальність винних працівників.

Ми поділяємо думку російських авторів щодо недосконалості чинної системи відомчого контролю за якістю медичної допомоги й у Росії, і в Україні, тут можна ще додати, що ні головний лікар ЛПЗ, ні начальник управління охорони здоров'я обласної чи міської держадміністрації не мають бажання виносити недоліки у своїй роботі (а здійснення правопорушень їхніми підлеглими розцінюється саме так) за

межі відомства. Тому найчастіше їх не зовсім правильне рішення призводить до породження нових або збільшення наявних проблем в організації у поданні й оцінці якості медичної допомоги.

Не можна не відзначити й ще один істотний факт — не в усіх випадках належного виконання професійних обов'язків медичним працівником відомче або службове розслідування взагалі проводиться, що призводить або до безкарності винного, або до збільшення безпідставно порушених кримінальних справ, наприклад, коли провина лікаря потребує дисциплінарного стягнення.

Науковці України [13, с. 276] справедливо вважають, що існуючі дотепер принципи і види контролю щодо якості системи медичної допомоги та механізми його забезпечення не відповідають потребам сьогодення і не можуть задовольнити як споживачів, так і тих, що подають медичної допомоги, через що і виникла нагальна потреба розробити нові, відповідні до сучасного стану розвитку цієї галузі.

Деякі вітчизняні автори [6, с. 162] висловлюють думку про необхідність посилення суспільний контроль за якістю медичних послуг та доручити ці функції органам місцевого самоврядування і недержавним громадським організаціям.

Інші вчені [2, с. 29] пропонують функції контролю та нагляду в галузі покласти на незалежні позавідомчі організації, наприклад, спілку товариств чи державні (або недержавні) медично-страхові організації, лікарняні каси.

Окремі російські автори [7, с. 154] наполягають на пропозиції проводити освіту та спеціалізацію суддів, прокурорів, слідчих, адвокатів та юристів з питань сучасного медичного права для створення відповідних компетентних підрозділів у правоохоронних органах з метою боротьби проти медичних професійних та службових правопорушень. На нашу думку, така спеціалізація хоч і є обгрунтованою та потрібною, як і правова освіта медичних працівників, але вона не вирішить проблем, існуючих у системі подання медичної допомоги.

Для розв'язання проблем, які на зріли в українській службі здоров'я, з метою поліпшення якості подання медичної допомоги та зниження росту правопорушень необхідне, як зазначає В.М. Князєв, "...формування сучасного життєздатного та ефективного механізму державного управління" [8, с. 3].

Тому найбільш ефективними та сучасними, на наш погляд, є створення органу державної влади, який інтегрував би всі сили суспільства, зацікавлені у вирішенні проблем стосовно якості й доступності медичної допомоги, і був наділений певними повноваженнями. Такий орган доцільно формувати за принципами консорціуму, він має інтегрувати інтереси та координувати діяльність як охорони здоров'я, соціального захисту, освіти, юстиції, фінансів, Нацбанку тощо, так і недержавних об'єднань, підприємств, страховальників, профспілок медиків та пацієнтів у інтересах благополуччя всього населення.

Проте, слід зауважити, що у дос-

тупній нам науковій літературі, присвяченій державному управлінню в сфері охорони здоров'я, хоч і містяться деякі пропозиції про необхідність удосконалення відомчого контролю, але не проводиться достатнього дослідження чинної системи внутрішнього та зовнішнього контролю за якістю лікувально-діагностичної допомоги і правопорушеннями, не висвітлюються й причини її неефективності. Тобто автори виходять із загального становища, що склалося сьогодні в галузі, та незадоволеності суспільства й окремих пацієнтів у якості медичної допомоги.

Так, внутрішній контроль у певних випадках може бути ненадійним, бо покладений на тих, хто сам приймає управлінські рішення або бере участь у їхній підготовці та виконанні. Тут багато що залежить і від психологічного ставлення особистості, яка має відповідні повноваження. Тому науковці вважають, що розвиток правової культури державних службовців, зміцнення стану законності у державному управлінні здатні позитивно вплинути і на внутрішній контроль.

Здійснюваний органами управління відомчий контроль має ту перевагу, що проводиться особами, які є спеціалістами у контрольованій сфері та мають можливість для визначення, негайного і своєчасного вжиття певних заходів, необхідних для виправлення несприятливого становища, притягнення до відповідальності тих, хто призвів до такої ситуації. Але в разі запровадження відомчого контролю слід дуже ретельно розробити його процедуру.

Системний аналіз літературних джерел, основних нормативно-правових актів, які регулюють відносини в системі надання медичної допомоги, приводить до думки, що чинна система контролю за якістю надання медичної допомоги та нагляду за професійними правопорушеннями у сфері охорони здоров'я є недосконалою і не задовольняє суспільство.

Сьогодні назріла потреба в створенні державної служби при органах управління охороною здоров'я, яка взяла би на себе завдання нагляду, здійснення постійного контролю за якістю та ефективністю поданих населенню медичних послуг, правового інформування, а також оцінки правопорушень у сфері охорони здоров'я при взаємодії з органами місцевого самоврядування, недержавними організаціями тощо. До цієї служби мають входити державні службовці, юристи та медики. Так, ще 1967 року для вивчення питань щодо медичної етики було створено Всесвітню організацію медичного права, яка об'єднала медиків, юристів та організаторів охорони здоров'я різних держав.

ВИСНОВОК

Одним із шляхів удосконалення механізмів державного управління в сфері охорони здоров'я є налагодження систематичного, комплексного, високопрофесійного, відомчого незалежного нагляду і контролю за якістю та ефективністю медичної допомоги населенню України та профілактика професійних і службових правопорушень. Це можливе тільки за умови організації компетентного та дієздатного відомчого органу.

Література:

1. Ангелуца П. Австралія надзвичайна (Extraordinary Australia). — М.: Су Джок Академія, 2001. — 336 с.
2. Бірюков В.С., Батечко С.А. Керування якістю медичної допомоги в системі муніципальної охорони здоров'я при формуванні суспільно-солідарного сектора // Формування регіональної політики в галузі охорони здоров'я: матеріали наукової конференції / За ред. В. Колоденка. — Одеса: ОФ УАДУ, 2001. — С. 28—38.
3. Гурне Б. Державне управління: пер. з фр. — К.: Основи, 1993. — 162 с.
4. Державне управління: навч. посібник / А.Ф. Мельник, О.Ю. Оболенський, А.Ю. Расіна, Л.Ю. Гордієнко; за ред. А.Ф. Мельник. — К.: Знання-Прес, 2003. — 343 с.
5. Державне управління в Україні: наукові, правові, кадрові та організаційні засади: навч. посібник / За заг. ред. Н.Р. Нижник, В.М. Олійка. — Львів: Вид-во Нац. ун-ту "Львівська політехніка", 2002. — 352 с.
6. Державне управління охороною здоров'я в умовах реформування галузі: аналіз світового досвіду та шляхи використання в Україні / Пліш Б., Волошенко Л., Жук В. та ін. // Вісн. УАДУ. — 2002. — № 1. — С. 161—168.
7. Истомина Л.Б. Роль і значення медичного права в сфері охорони здоров'я населення // Вестн. нових мед. технологій. — 1999. — Т. VI, № 2. — С. 153—156.
8. Князєв В. Наукове забезпечення адміністративної реформи в Україні — вирішальна умова її ефективного здійснення // Актуальні проблеми реформування державного управління: Матер. щоріч. наук.-практ. конф. наук.-педагог. персоналу, слухачів, аспірантів, докторантів Академії 29 травня 1997 / За ред. В.Князєва. — К.: Вид-во УАДУ, 1997. — С. 3—5.
9. Леонтьєв О.В., Колкутин В.В., Леонтьєв Д.В., Гурова Е.В. Врачі і закон. — М.: Эудиторіал УРСС, 1998. — 112 с.
10. Малиновський В.Я. Державне управління: навч. посібник. — Луцьк: Вид-во "Вежа" Вол. Держ. ун-ту ім. Лесі Українки, 2000. — 558 с.
11. Преданная медицина. Причастность врачей к нарушениям прав человека: Отчет рабочей группы Британ. мед. ассоциации. — К.: Сфера, 1997. — 269 с.
12. Райт Глен. Державне управління. — К.: Основи, 1994. — 192 с.
13. Степаненко А. Якість надання медичної допомоги, як один із напрямків соціальної політики в Україні за принципами Всесвітньої організації охорони здоров'я // Суспільні реформи та становлення громадського суспільства в Україні: Матер. наук.-практ. конф. — К.: Вид-во УАДУ, 2001. — Т. 2. — С. 276—280.
14. Шнур А. Уголовно-правовая ответственность врача в ФРГ // Хирургия. — 1992. — № 11—12. — С. 8—11.
15. Von Stillfried D., Arnold M. What's happening health care in Germany? // BMJ. — 1993. — Vol. 306, № 6884. — P. 1017—1018.
16. The National Roundtable on Health Care Quality. The urgent need to improve health care quality // JAMA. — 1998. — Vol. 280, № 11. — P. 1000—1005.

Стаття надійшла до редакції 11.08.2010 р.