СЕТЬ ЭКСПЕРТОВ ПО ЗДРАВООХРАНЕНИЮ И СТРАТЕГИЯМ ФИНАНСИРОВАНИЯ МЕДИКО-САНИТАРНЫХ СЛУЖБ

ВСЕМИРНАЯ ОРГАНИЗАЦИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
Европейское региональное бюро
КОПЕНГАГЕН

ЗАДАЧА 27

РЕСУРСЫ СЛУЖБ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ И УПРАВЛЕНИЕ ИМИ

К 2000 г. во всех государствах-членах должно быть обеспечено экономически эффективное управление службами здравоохранения, включающее распределение ресурсов в соответствии с имеющимися в них потребностями.

EUR/ICP/PHC 512(1)
11984
ОРИГИНАЛ: АНГЛИЙСКИЙ

СЕТЬ ЭКСПЕРТОВ ПО ЗДРАВООХРАНЕНИЮ И СТРАТЕГИЯМ ФИНАНСИРОВАНИЯ МЕДИКО-САНИТАРНЫХ СЛУЖБ

Отчет о совещании ВОЗ

Варшава
31 мая - 1 июня 1993 г.

1994 г.

Задача 27 ЗДВ/ЕРБ ВОЗ

РЕЗЮМЕ

Сеть экспертов по здравоохранению и стратегиям финансирования здравоохранения была создана при активной поддержке и участии со стороны стран Центральной и Восточной Европы в целях создания специального форума для обмена опытом и обсуждения вопросов финансирования медико-санитарной помощи. Первое совещание созывалось для обсуждения проблем реформы медико-санитарной помощи, окончательного создания сети и перехода к ее практической деятельности. Ряд докладов от стран дал возможность рассмотреть и обсудить наиболее актуальный опыт в ключевых областях, выявить примеры, достойные подражания, а также ошибки и извлечь уроки из тех и других, проведя дополнительно оценку полноты информации о реформах медико-санитарной помощи в участвующих странах. Эта возможность обменяться опытом была особенно актуальной в связи с аналогиями в организации медико-санитарной помощи в прошлом и трудностями, которые испытываются ныне. Доклады показали, что вопреки широко распространенному мнению, в реформировании медико-санитарной помощи имеются успехи и что ложное восприятие ситуации как застойной может привести к реакциям, целью которых будут действия ради желания создать видимость деятельности. Не следует недооценивать представленную на форуме сети информацию, она имеет свою ценность, и эту ценность необходимо признать полностью. Создание руководящего комитета сети будет содействовать координации в целях укрепления деятельности и повышения результативности сети.

СОДЕРЖАНИЕ

Введение

Идея создания сети экспертов по здравоохранению и стратегиям финансирования медико-санитарной помощи впервые возникла на совещании ВОЗ в Киле в 1992 г. Было ясно, что многие страны, особенно страны Центральной и Восточной Европы (СЦВЕ), нуждаются в более специфичном форуме и обмене опытом для обсуждения вопросов, связанных с финансированием медико-санитарной помощи. Рабочая группа ВОЗ по реформе медико-санитарной помощи, которая проводила свое совещание в Мадриде в июне 1992 г., подтвердила потребность в такой сети и признала, что ВОЗ в состоянии предложить необходимый профессиональный вклад и структуру для обеспечения жизнеспособности сети.

Первая встреча сети экспертов по здравоохранению и стратегиям финансирования медико-санитарной помощи была организована Европейским региональным бюро ВОЗ в сотрудничестве с Министерством здравоохранения и социального благосостояния Польши, которое проводило встречу у себя. В этом совещании приняли участие 29 представителей от Венгрии, Латвии, Нидерландов, Польши, Словакии и Чешской Республики, а также представитель Всемирного банка, 3 наблюдателя от Германии, 2 от Литвы и около 15 от Польши, включая представителей Министерства труда и Министерства финансов. Справочные материалы перечислены в Приложении 1, а список участников содержится в Приложении 2.

Встречу открыл д-р A. Wojtyla, министр здравоохранения и социального благосостояния, а затем д-р C. Sakellarides, директор Отдела служб здравоохранения, приветствовал участников от имени Директора Европейского регионального бюро ВОЗ. Председателем встречи был д-р M. Miskiewicz, а Составителем отчета - д-р J. Sabbat.

Перед участниками совещания стояли следующие задачи:

– рассмотреть и обсудить наиболее актуальные вопросы реформы медико-санитарной помощи в странах Центральной и Восточной Европы;

- определить примеры, которые могли бы служить подходящими моделями для других стран и рекомендовать их использование;
- извлечь уроки из имеющего значение опыта других стран;
- обсудить работу сети.

Доклады от стран

Венгрия

Общие вопросы

Система медико-санитарной помощи в Венгрии характеризуется излишком людских ресурсов, излишним акцентом на больничную и специализированную помощь и высокой степенью госпитализации. Там практически не имеется амбулаторных служб, а общинные учреждения недостаточно развиты - в основном из-за недостатка ресурсов. За последние два десятилетия вложения осуществлялись в первую очередь в высокотехнологичные службы, которые требуют больших эксплуатационных расходов. Это привело к географическому дисбалансу в отношении качества. Дополнительным препятствием для реформы медико-санитарной помощи является ее крайне иерархическая система.

Для прекращения этой тенденции были предприняты некоторые шаги: например, в 1990 г. был создан автономный институт социального страхования; в 1991 г. был принят Закон об общественном здравоохранении, акцентирующий внимание на профилактике; в 1992 г. социальное страхование было разделено на пенсионный и медицинский фонды с отпуском денежных средств по числу людей для врачей общего профиля вместе со свободой выбора таких врачей; началось оказание содействия частной практике через контакты с местными административными органами и медицинскими фондами; и в 1993 г. были приняты новые регламенты финансирования специализированных медицинских служб.

Семейная медицина

В качестве первого шага к семейной медицине и экономической конкуренции в 1992 г. было принято законодательство, предусматривающее свободный выбор врача первичной медико-санитарной помощи. Кроме того, в первичной медико-санитарной помощи была установлена временная контрактная система, которая регулировала отношения между семейными врачами и фондом медицинского страхования и частично вводила на уровне первичной медико-санитарной помощи финансирование, ориентированное на результаты.

Семейная медицинская практика основывается на контрактном договоре с фондом медицинского страхования и организуется местной администрацией либо отдельно, либо вместе с другими местными органами управления, администрациями, частными врачами или медико-санитарными учреждениями, которые либо связываются с фондом медицинского страхования непосредственно или через местную администрацию, либо с организаторами служб профессиональной гигиены или другими учреждениями медико-санитарных служб, если соответствующая местная администрация гарантирует выплату необходимых взносов в фонд медицинского страхования.

Для организации медицинской практики по семейному принципу обслуживаемая группа населения должна быть не менее 1700 человек, а в случае педиатрической службы - 800 детей. При групповой практике проводится коллегиальное консультирование, которое обычно осуществляет наиболее опытный партнер за небольшое вознаграждение. Семейных врачей поощряют проводить профилактику и заниматься вопросами укрепления здоровья.

Из 7000 пунктов первичной медико-санитарной помощи было приватизировано лишь 100. Процесс приватизации затормозился из-за опасений и недостатка опыта.

Семейная медицина финансируется через систему показателей (баллов) результативности. На основе числа и типа пациентов (например возрастная группа), длительности опыта, специализированной подготовки и числа обслуживаемых общин назначается определенное число очков. Ревизия системы будет проведена в июле 1993 г.

Оплата по фиксированным ставкам регулируется таким образом, что чем больше число обслуживаемых пациентов, тем меньше возмещение. Фиксированные ставки выше для педиатрической практики и ниже для смешанной взросло-педиатрической практики. Дополнительное вознаграждение выплачивается в зависимости от того, где осуществляется обслуживание: ниже всего ставки для городов, выше для деревень и самые высокие для разбросанных мелких поселков. Дополнительные средства выделяются для финансирования сверхурочных услуг и оказания помощи пациентам, которые не числятся в списках. Производится также дополнительная оплата за предоставление данных по деятельности на дискете.

Контроль за практикой осуществляет Фонд медицинского страхования, и в случае серьезных или повторных нарушений правил соглашения контракт прекращается.

Службы первичной медико-санитарной помощи, которые еще не охвачены новой системой, включают сестринское обслуживание, стоматологию, профессиональную гигиену и медико-санитарные службы для подростков, а также школьную медицину.

Новая система финансирования семейной медицины является излишне усложненной из-за двойной административной работы. Для обработки данных, представляемых практикующими врачами, требуется сложная и быстро действующая информационная система. Другая проблема заключается в том, что система позволяет заключать контракты с докторами, не имеющими достаточного опыта. Более того, она не содействует профилактике болезней и преемственности медико-санитарной помощи и к тому же не обеспечивает ее качества. В системе, основывающейся на приватизации, практикующие врачи должны иметь навыки, знания и опыт в управлении, а местные органы управления должны быть платежеспособны, чтобы не допустить банкротства системы.

Специализированная помощь

Амбулаторные услуги будут финансироваться на 70% из бюджета предшествующего года; остальные 30% будут покрываться за счет оплаты. Эта переходная мера во

избежание неожиданного финансового кризиса. Оплата за услуги будет в конечном итоге единственной основой бюджета. Однако эта система наказывает тех, кто хорошо управляет своими делами. Позже в 1993 г. для госпитализации пациентов с острыми заболеваниями будет создана финансовая система, аналогичная группам связанной диагностики. В переходный период возмещение будет основываться на системе очков, ориентирующейся на перечень котировки услуг ВОЗ. Этот перечень готовился в условиях недостатка времени и довольно горячих дискуссий среди групп специалистов, которые боролись за самую высокую котировку. Поэтому за системой следует проводить регулярный мониторинг, чтобы привносить необходимые коррективы. Госпитализация хронических пациентов финансируется на основе дневных тарифов. В долгосрочном плане предполагается создать систему баллов с категориями групп амбулаторных визитов, основанными на смешанной системе финансовых вложений и результатов, включая механизмы обеспечения качества.

Нынешняя система баллов неоднородна и требует постоянной оценки. Хотя она может показаться сложной, никто из 200 подготовленных руководителей, использовавших ее, не испытывал трудностей, и сбор данных весьма легкий. Система баллов идентична по всей стране, хотя стоимость форинта (в течение переходной фазы) варьируется для поощрения эффективности затрат. Реальная конкуренция ожидается в будущем между всеми формами владения. Поскольку больницы могут злоупотреблять системой, следует подготовить специальные протоколы связанных с диагнозом групп. Ожидается, что это займет один-два года.

Эти финансовые средства воздействия будут стимулировать изменения, однако их не следует рассматривать как окончательное решение. Потребуется еще заняться некоторыми другими проблемами, а именно в связи с нижеследующим:

- необходимость большей гибкости;
- социальные различия между поставщиком и покупателем услуг;
- амортизация;

- развитие помощи на коммунальном уровне;
- четкое определение приоритетов - где урезать, а где поддерживать.

Оценочные критерии должны включать длительность госпитализации, показатель приема, соотношение между госпитализацией и амбулаторным лечением и использование медицинского оборудования.

Те, кто ожидают появления всесторонней "западной" системы немедленно, будут разочарованы.

Медицинское страхование

В 1992 г. Закон о самоуправлении Национального фонда страхования проложил путь к разделению одного существовавшего ранее фонда на два разных фонда: пенсионный и медицинский. Каждый фонд имеет свой высший орган - общее собрание, который формулирует свои собственные правила и процедуры; тем не менее эти фонды могут создавать совместные учреждения.

Гражданство более не является условием для доступа к бесплатному медицинскому обслуживанию. Прежняя система была заменена новой, которая базируется на страховании, охватывающем лиц, выплачивающих страховые взносы и их семьи, пенсионеров (за них платит Пенсионный фонд), безработных (за них платит Фонд солидарности) и лиц, нуждающихся в социальной поддержке (определяемых местными органами самоуправления, за которых оплата осуществляется по ежегодно утверждаемому государственному бюджету). Таким образом, в принципе, все проживающие в Венгрии лица охвачены этой системой.

После 1992 г. финансирование системы медицинского страхования основывалось на взносах работодателей и трудящихся. Ежемесячный взнос на медицинское страхование зависит от месячного дохода и не связан с тем, в какой степени используются услуги. Взносы работодателей составляют 19,5%, взносы трудящихся - 4%. Страховка покрывает и иждивенцев. Взносы за лиц, не имеющих дохода, выплачиваются из соответствующих государственных фондов.

Услуги, предоставляемые в рамках медицинского страхования, включают медико-санитарную помощь (первичную медико-санитарную помощь, услуги специалистов, длитель-

ный уход и реабилитацию), дородовый уход, родовспоможение и послеродовый уход, профилактическую диспансеризацию и снижение риска, а также субсидии на медикаменты и выплаты социального характера (оплачиваемый бюллетень, пенсия по нетрудоспособности, оплата декретного отпуска).

Доступ к услугам основывается на карточке, удостоверяющей наличие медицинского страхования, введение которой обойдется в 1,2 млн. долл. США. Чтобы система эффективно функционировала, необходимо разработать информационную структуру; это будет осуществлено с помощью Всемирного банка и обойдется в 120 млн. долл. США.

Медицинский фонд находится в трудном положении в связи с ростом безработицы и фактически оказался на грани несостоятельности. Это означает, что могут оказаться области, которые не будут охвачены страховкой.

Общественное здравоохранение

Одним из первых крупных шагов к реформе здравоохранения в Венгрии было введение в 1991 г. законодательства о национальных службах общественного здравоохранения и медицинской инспекции. До этого службы общественного здравоохранения действовали в качестве вертикально интегрированной структуры, состоящей из санитарных и экономических станций центрального и муниципального подчинения.

Нынешняя система имеет структуру сети общественного здравоохранения из трех уровней: национальные центры общественного здравоохранения вместе с национальными учреждениями общественного здравоохранения, областные и городские учреждения, все из которых подчиняются Министерству благосостояния.

Сеть действует в качестве медико-санитарного органа и обладает определенной административной властью. Она осуществляет общее руководство лечебными службами и медико-санитарными организациями и выдает лицензии медико-санитарным учреждениям. Она также служит основным звеном связи между Министерством благосостояния и медико-санитарными службами страны. Новые регламенты расширили сферу деятельности и ответственности служб общественного здравоохранения, которые ныне включают

контроль за состоянием здоровья населения, укрепление здоровья, профилактику болезней, гигиену и контроль за окружающей средой, а также борьбу с нозокомиальными инфекциями.

Учитывая широкую гамму задач и ответственности служб общественного здравоохранения, предоставляемый ей бюджет, который оценивается в 3% всего бюджета медико-санитарной помощи, является низким, и эту долю следует, очевидно, увеличить.

Мероприятия в области общественного здравоохранения, особенно укрепления здоровья, микробиологические службы, которые проводят диспансеризацию, и первичная медико-санитарная помощь, должны осуществляться при поддержке Фонда медицинского страхования, который в настоящее время испытывает дефицит. Поэтому очень важна мобилизация ресурсов. На уровне местных органов управления это может оказаться трудным, если подразделение общественного здравоохранения не будет рассматриваться как входящая в сферу ответственности на местах. В частности, требуются ресурсы для медико-санитарной информатики и для обучения, подготовки и переподготовки работников общественного здравоохранения.

Словакия

В результате ликвидации определенных региональных и районных структур в 1991 г. система медико-санитарной помощи стала высокоцентрализованной, что привело к блокированию введения новой управленческой структуры, увеличению числа сотрудников, снижению эффективности контроля за системой и торможению продвижения к приватизации. Это, в свою очередь, привело к снижению производительности и эффективности систем и к повышению затрат. Важные положительные изменения включают свободный выбор врачей, акцентирование ключевой роли первичной медико-санитарной помощи и возможное преобразование врача общего профиля в семейного врача.

В качестве шага к децентрализации в каждой больнице в 1993 г. были созданы советы управляющих в целях укрепления уровня принятия решений и повышения внутренней

эффективности. Для соответствующего распределения ресурсов необходимо сотрудничество между руководящими органами и администраторами.

В 1991 г. были созданы семь региональных финансовых органов, основная задача которых - выделение ресурсов учреждениям медико-санитарной помощи. В 1992 г. был создан Институт по введению медицинского страхования. Институт отвечает за выделение средств региональным финансирующим органам и за создание и введение в действие национальной системы страхования, которая состоит из координационного центра и 37 отделений по всей стране. В 1993 г. было создано национальное страховое бюро с тремя независимыми фондами: Фонд медицинского страхования (медико-санитарная помощь), Фонд отпусков по болезням (оплата за периоды вынужденной нетрудоспособности) и Пенсионный фонд. Взносы выплачиваются в зависимости от дохода предпринимателями и трудящимися, при том что предприниматели обычно платят в три-четыре раза больше, чем трудящиеся. Взносы за неработающих оплачиваются через государственный бюджет. Взносы, относящиеся к работающему населению, покрывают 96,5% ожидаемых поступлений. Поскольку фонды не способны собирать все причитающиеся взносы и, соответственно, обеспечивать стабильную базу поступлений, медико-санитарные службы субсидируются государством. Однако ожидается, что к середине 1993 г. фонды будут полностью автономны в финансовом отношении.

Основным препятствием на пути к приватизации является недостаточность финансовых ресурсов, непропорциональное увеличение затрат, задержки с поступлением и распределением средств и отсутствие кодифицированных показателей медико-санитарных служб. Более того, без системы хозрасчета учреждения медико-санитарной помощи невозможно оценивать на основе объективных данных. Еще одним фактором, который мешает быстрому введению платной системы обслуживания, является отсутствие консенсуса.

Предлагаемые изменения требуют дополнительных законодательных инициатив. В настоящее время принято три закона в области медицинского обслуживания, которые регламентируют систему страхования, распределение ресурсов и укрепление здоровья. Для осуществления реформ в обла-

сти медико-санитарного обслуживания, национального страхования, укрепления здоровья, профилактики болезней и фармацевтических препаратов необходимо принять дополнительные законы. В отношении фармацевтических препаратов ожидается, что улучшение в политике в области лекарственных средств и финансовом контроле позволит сэкономить сумму, эквивалентную одной пятой общих расходов на здравоохранение.

В обстановке резко растущих расходов и изношенной инфраструктуры следует ставить акцент на сдерживание затрат. Необходимо предпринять усилия для более интенсивного использования медико-санитарной базы, обеспечить государственную регламентацию сети медико-санитарных учреждений, переходить от госпитализации на амбулаторное лечение и лечение в общине, ввести платную систему обслуживания в рамках системы страхования, обеспечить эффективное управление и разумное применение знаний.

Латвия

Основными недостатками нынешней системы финансирования медико-санитарной помощи являются двойной источник финансирования (государственный и муниципальные бюджеты), отсутствие должного соотношения между рабочей нагрузкой и расходами или вознаграждением, а также отсутствие стимулов к предпринятию инициатив в частном секторе. Бюджетный дефицит не позволил удовлетворить существующие потребности медико-санитарной помощи; все еще усложняется слабым сбором данных об оценках затрат и отсутствием регламентов, которые бы содействовали эффективному, с точки зрения затрат, медико-санитарному и клиническому обслуживанию, обеспечению лекарствами и другими изделиями медицинского назначения.

В настоящее время проходит преобразование общества, при котором необходимо соблюдать принципы социальной солидарности. Проживающие постоянно в Латвии пациенты будут получать медико-санитарную помощь без необходимости вступать в прямые финансовые отношения с

теми, кто предоставляет такое обслуживание. Роль государства в обеспечении медико-санитарных служб должна быть четко определена. Есть надежда, что можно будет и далее оказывать широкую гамму услуг, доступных для всех, в противовес оказанию эксклюзивных услуг узкому кругу клиентов. Еще одна цель - это повышение эффективности затрат, особенно в данный период недостатка ресурсов.

Система будет ориентирована на социальное медицинское страхование (обязательное участие и государственные гарантии), возможно в сопровождении добровольных структур. В переходный период муниципальные учреждения создадут бухгалтерские конторы, которые будут получать средства для приобретения медико-санитарных услуг, откладывая 10% в резервный фонд, который будет компенсировать колебания в расходах между различными медико-санитарными учреждениями и формами помощи. Остаток пойдет на финансирование экстренных служб, стоматологические службы, больницы и амбулатории, вспомогательные службы и на административные расходы бухгалтерских контор.

Для облегчения возмещения амбулаторных расходов была разработана система баллов, которая предусматривает зарплату, сложность и риски помощи, затраченное время, возраст пациента, рабочие условия, соответствующее лекарственное лечение, использование материалов и оборудования и текущие расходы учреждения. Затраты на больницы оцениваются на основе среднего числа койко-дней с учетом вышеуказанных факторов. Стоимость койко-дня не включает капитальное строительство и расходы на ремонт.

Если медико-санитарное учреждение не может покрыть расходы служб, которые необходимы для региона, муниципальные органы обязаны обеспечить такую оплату.

Польша

Контракты

Закон об учреждении медико-санитарной помощи, который вступил в силу в 1992 г., ввел связь между оплатой и предоставлением медико-санитарной помощи, нацеленную

на стимуляцию конкуренции между учреждениями и лицами, предоставляющими помощь, в целях исправления недостатков старой системы. Однако не было принято решения о том, как следует собирать финансовые ресурсы - в рамках общего налогообложения через государственный бюджет либо через взносы. В настоящее время отношения между теми, кто платит за услуги, и теми, кто их предоставляет, характеризуются двумя аспектами: административная интеграция, поскольку создателем медико-санитарных учреждений является тот, кто платит, и монополия тех, кто предоставляет услуги, поскольку все они принадлежат к одной и той же организационной единице. Это приводит к тому, что позиция поставщиков услуг оказывается относительно более сильной. Для медико-санитарных учреждений нет критериев регистрации, и закрытие одного из них является весьма необычным. Частный сектор слишком мал и может оказать только маргинальное воздействие на преобладающий государственный сектор. Позиция пациента очень слаба, и имеется мало стимулов к тому, чтобы обеспечивать эффективную, с точки зрения затрат, или соответствующую помощь высокого качества. При нынешней системе существующие учреждения имеют больше шансов получить средства, тогда как заключение контрактов могло бы дать возможности для новых поставщиков услуг.

Поначалу дефицит ресурсов выступал в качестве стимула для сдерживания затрат. Далее эффективность можно обеспечить лишь посредством механизмов распределения ресурсов, и заключение контрактов представляется подходящим методом для Польши. Осуществление механизма по типу диагностически связанных групп с целью ограничения затрат, как это делается в других местах, требует сложных систем информации, однако заключение контрактов может преодолеть этот недостаток с введением стандартов затрат, особенно на местном уровне.

Новое законодательство по учреждениям медико-санитарной помощи позволяет частному сектору вступать в конкурентную борьбу за государственные средства, а контракты позволяют обеспечить равенство всех секторов и таким образом ограничивает монополию поставщиков услуг. Законодательство, обеспечивающее возможность заключения контрактов с частными лицами, уже имеется, однако для

его применения необходимы регламентирующие акты, которые пока еще не сформулированы. Кроме того, медико-санитарные учреждения могли бы иметь независимый статус примерно такого типа, как Британская национальная служба здравоохранения.

Рынок следует строго контролировать и тщательно за ним наблюдать. Настоящий вопрос - это затраты. Очень часто в контрактах не учитываются регулярно повторяющиеся затраты. Когда контракты заключаются с государственными учреждениями, капитальные затраты могут возмещаться из других источников. Однако, когда предоставитель услуг может быть либо государственным, либо частным, стоимость должна отражать эти затраты. Тем не менее решение этой проблемы пока не найдено.

Для введения рыночных механизмов необходимо установить потребности в медико-санитарной помощи и определить приоритеты. Требуется улучшить системы информации и укрепить управленческий потенциал. Необходимо разработать процедуры и средства распространения ресурсов в государственном секторе и для контроля качества помощи. Следует вводить управленческие контракты, повышать статус пациентов и их влияние.

Пока не ясно, насколько предстоящая реформа государственной территориальной администрации и передача полномочий с центрального на местный уровень воздействуют на контракты. Это будет зависеть от того, какую роль район будет действительно играть в будущем. В настоящее время источниками фондов для большинства учреждений медико-санитарной помощи являются воеводства, и как таковые они предоставляют ресурсы скорее для поддержания этих учреждений, а не для оплаты их услуг, а такая ситуация несовместима с контрактами.

Государственные гарантии

Существует неопределенность в отношении того, как следует финансировать медико-санитарную помощь и как следует управлять реформированной системой медико-санитарной помощи. Правительственная политика здравоохранения гарантирует медико-санитарную помощь и основывается на том принципе, что государство несет ответствен-

ность за предоставление основной и соответствующей медико-санитарной помощи удовлетворительного качества независимо от финансового состояния пациента. Однако из-за финансовых ограничений необходимо определить масштаб предоставления медико-санитарной помощи. Демографический рост требует рационализации обеспечения обслуживания и ликвидации все еще явного излишнего потребления, несмотря на недостаток ресурсов. В настоящее время имеется разрыв между конституционным правом на бесплатную медико-санитарную помощь и возможностью государства удовлетворить потребности в такой помощи, включая затраты на нее.

Для сдерживания затрат, с тем чтобы их можно было покрыть государственным бюджетом, был введен целый ряд финансируемых государством служб и гарантированный государством доступ к ним. Подготовлено законодательство, которое обеспечивает равный доступ для всех, кому нужны такие услуги, экстренную помощь для всех нуждающихся в ней и введение механизмов для рационализации процедур и укрепления дисциплины. Законодательство также определяет принципы доступа и то, будет ли услуга бесплатной, частично оплачиваемой или полностью оплачиваемой пациентом в соответствии с фиксированным перечнем цен. Кроме того, будут указаны категории пациентов, на которых распространяются исключения.

В соответствии с принципом справедливости большинство услуг останутся бесплатными, включая профилактические, и будут широко доступны, хотя имеются определенные ограничения: некоторые в отношении вторичного уровня, а другие - на основе списков ожидания. Медико-санитарная помощь рассматривается как право человека и общественное благо, а не выбрасываемый на рынок товар. Справедливость имеет и экономическое обоснование, поскольку улучшение в обслуживании проводится в менее благополучных зонах и для уязвимых групп населения. Важным политическим средством является нормирование, и необходимо определить характер основной медико-санитарной помощи. Центральным элементом медико-санитарной помощи следует считать пациента, и права пациента являются важной частью проекта законодательства.

Политика в области лекарственных средств

Фармацевтический сектор подвергается реформе параллельно с другими социально-экономическими секторами страны, и в нем эта реформа значительно продвинулась. Поскольку мало что можно сделать для увеличения ресурсов на здравоохранение, усилия реформирования направлены на обеспечение рентабельности услуг. Изменения, осуществленные в фармацевтическом секторе в 1991 г., имели особое значение.

Приватизация государственных аптек была начата еще в 1989 г. Параллельно с этим процессом приватизация распределения лекарственных средств значительно улучшила снабжение аптек. Приватизация была введена быстро, и при этом было допущено много ошибок. Процедура, принятая для приватизации, не позволяла проводить конкурсы на приобретение оборудования или аренду помещения для аптек, и в некоторых случаях люди становились новыми владельцами аптек не благодаря своей квалификации, а благодаря личным связям. Тем не менее, преимущества перевесили недостатки, особенно в плане возросшей доходности аптек, которые раньше скорее склонялись к банкротству. Было приватизировано около 88% аптек.

Введение конвертируемости злотого и недостаток контроля привели к значительному росту затрат на лекарства, что угрожало подорвать государственный бюджет. Система оплаты за фармацевтические препараты была откорректирована и улучшена с помощью законодательства о плате за лекарства, принятого в 1991 г. В соответствии с новым законом вводится минимальная оплата за большинство основных лекарственных средств, 30% оплаты - за дополнительные лекарственные средства и полная оплата - за другие. Это привело к более рациональному использованию лекарств и улучшило снабжение лекарствами населения, а также замедлило рост бюджетных расходов. Кроме того, были введены льготы для помощи пациентам, не имеющим достаточных средств на приобретение лекарств.

Крупная законодательная инициатива по фармацевтическим препаратам и медицинским материалам, аптекам, складам и фармацевтическому контролю была принята в 1991 г., и была создана фармацевтическая инспекция.

Воеводские фармацевтические инспекторы прошли основательную подготовку по контролю за лекарственными средствами и теперь подчиняются непосредственно национальному фармацевтическому инспектору.

Хотя некоторые вопросы и были решены, остаются другие, требующие внимания, например рационализация фармакотерапии. Процесс реформы, таким образом, все еще продолжается.

Чешская Республика

Наследство полувековой истории тоталитарного правления оставило чешских граждан без должного понимания своей собственной ответственности за здоровье и понимания экономических реалий, а также лишило их инициативы. Приватизация сектора здравоохранения, таким образом, является частью огромной задачи передачи собственности. Введение системы финансирования медико-санитарной помощи, в которую пациенты вносят свой вклад, основана на законодательных мерах, которые должны создать условия, способствующие предоставлению качественного обслуживания, сопоставимого с таковым, которое обеспечивается в зрелых демократических обществах. Далее, новая система налогообложения должна содействовать развитию региональных структур, которые окажут свое воздействие на организацию предоставления медико-санитарной помощи. В 1992 г. Правительство одобрило Национальную программу возрождения и развития здравоохранения, которая ориентирована на здоровый образ жизни.

Процесс приватизации характеризуется как мерами по стимулированию, так и по регламентированию. В качестве примера для первого компонента можно указать кредитную политику, которая помогает преодолеть отсутствие инвестиционного капитала, а в качестве примера для второго - обеспечение того, чтобы расходы на медико-санитарную помощь не превышали бюджета. Основной принцип, регламентирующий приватизацию, это - преобразование старой неэффективной системы в систему, основанную на медицинском страховании и финансировании медико-санитарных учреждений из различных источников. К концу 1992 г. на

приватизацию было подано 6000 предложений, т.е. 10 предложений на каждое медико-санитарное учреждение. Эти предложения в настоящее время рассматриваются специальным комитетом в составе представителей Управления по приватизации и национальной собственности Министерства здравоохранения, который подготовит рекомендации для действий. Передача собственности может быть осуществлена в форме публичной распродажи (аукцион), открытого конкурса, непосредственной продажи определенному покупателю или путем создания акционерного общества. Предприняты шаги с тем, чтобы поддерживать сеть медико-санитарных учреждений для обеспечения гарантированной системы медико-санитарной помощи.

Некоторые медико-санитарные учреждения не будут никогда приватизированы в связи с их значением для общественного здравоохранения. Доступ к медико-санитарной помощи независимо от того, кто владеет учреждениями, будет и далее осуществляться на основе обязательных взносов в медицинское страхование.

Германия (земля Бранденбург)

Система медико-санитарной помощи в бывшей Германской Демократической Республике была такой же, что и в других СЦВЕ. После объединения Германии пять "новых" земель приняли федеральное законодательство в области здравоохранения, и сторонникам реформы медико-санитарной помощи не дали возможности рассмотреть альтернативные решения.

Изменения были радикальными и характеризовались такой скоростью, которую как противники, так и "маловеры" считали невозможной. Период реформы показал, что:

- переход от финансирования из бюджета к финансированию посредством взносов может быть проведен в течение одного дня;
- новая система может быть самофинансируемой и экономически практичной;
- процесс изменения может быть экономически и социально приемлемым даже в период безработицы; и

– процесс изменения может дать улучшения во многих подсистемах.

Тем не менее остаются некоторые проблемы. Например, было мало улучшений в лечении хронических больных.

Изменение системы было навязано, а не пришло в результате демократического процесса обсуждений. Западные специалисты в области здравоохранения имели больше влияния, чем специалисты с Востока, хотя свидетельств того, что амбулатория или поликлиника являются менее эффективной формой медико-санитарной помощи, не имеется.

Грубо сопоставимые данные по состоянию здравоохранения в двух Германиях показывают двухлетнюю разницу среднеожидаемой продолжительности жизни при рождении в пользу западных немцев как у мужчин, так и у женщин, и недостаток улучшения примерно такого же порядка в неонатальной смертности с конца 70-х годов. Кроме того, в восточной части было значительно меньше подготовленного медицинского персонала в точках соприкосновения с пациентами. В бывшей Федеральной Республике Германии 9% валового национального продукта расходовалось на здравоохранение, тогда как в бывшей Германской Демократической Республике эта цифра составляла лишь 6%.

В рамках федерального законодательства Бранденбург сумел выбрать свое направление реформы. Был создан единый Фонд болезни, который охватывает две трети населения, тогда как остальное население охватывается фондами, регламентируемыми федеральными властями. В соответствии с договором об объединении было согласовано, что существующая система медико-санитарной помощи может действовать еще в течение пяти лет. Ожидалось, что большинство специалистов в области здравоохранения покинут систему и выберут частный статус. Это предположение оправдалось в других новых землях, однако в Бранденбурге местный бюджет использовался для оказания поддержки около 40 поликлиник (которые теперь называются центрами здравоохранения) посредством капиталовложений и адаптации, в результате чего они теперь функционируют на экономически прочной основе. Это привело к пересмотру роли

центров здравоохранения, и, возможно, что эта система будет введена в других районах Германии.

Бранденбург также оказался первой землей, в которой было принято законодательство об общественном здравоохранении, придающее широкую роль укреплению здоровья и санитарному просвещению.

От запада потребовалась помощь в области управления, поскольку на востоке не имелось подходящей собственной модели.

Бранденбург не был свободен в выборе вариантов, как это было в случае других стран, где проходят реформы; тем не менее из его опыта можно извлечь некоторые общие уроки. Так, например, не имеется единого идеального сочетания среди различных решений: централизация или децентрализация; автономное самоуправление или государственная регламентация; медико-санитарное обслуживание на общественной или частной основе. Различные решения могут рационально сочетаться различными способами в данной стране. Другие СЦВЕ имеют большую свободу выбора, и их нынешние экономические трудности не должны влиять на выбор финансовой системы.

ВЫВОДЫ И РЕКОМЕНДАЦИИ

1. Участники согласились с тем, что необходимо регулярно рассматривать и обсуждать центральные вопросы в реформах медико-санитарной помощи. Возможности обмена мнениями и опытом в этой области особо актуальны для СЦВЕ, поскольку их службы медико-санитарной помощи были организованы аналогичным образом.

2. Совещание развеяло распространенное мнение о том, что в области реформы медико-санитарной помощи мало сдвигов. На самом деле во многих странах был достигнут большой прогресс. Однако представление о том, что успехов нет, может привести к торопливым и плохо обоснованным решениям исключительно с целью продемонстрировать видимость деятельности. Поэтому информация, выработанная на данном

совещании, не должна недооцениваться, и следует уделять больше внимания этому аспекту на будущих заседаниях.

3. Деятельность сети и ее результативность должны и далее укрепляться посредством усиления координации и концентрации на общих целях. Для этого можно создать руководящий комитет и как можно быстрее провести его первое заседание.

Приложение 1

ИНФОРМАЦИОННЫЕ МАТЕРИАЛЫ[a]

ICP/PHC 512(1)/B1	The Network Charter (Устав сети)
ICP/PHC 512(1)/B2	Terms of reference (organization, management and financing) (Положение (организация, управление и финансирование))
ICP/PHC 512(1)/B3	Operational plan of work (Оперативный план работы)
ICP/PHC 512(1)/B4	Health and health care finance - options for reform: assessment from a WHO perspective (Финансирование здравоохранения и медико-санитарной помощи - варианты реформы: оценка в перспективе ВОЗ)
EUR/ICP/PHC 210/B	Health care reforms in Europe (Proceedings of the First Meeting of the Working Party on Health Care Reforms in Europe, Madrid, 23–24 June 1992) (Реформы медико-санитарной помощи в Европе (Материалы первого заседания Рабочей группы по реформам медико-санитарной помощи в Европе, Мадрид, 23-24 июня 1992 г.))
HIT Profiles	Unedited drafts of profiles on health care in transition (HITs) for Belarus, Hungary, Latvia and Poland (Неотредактированные проекты докладов по медико-санитарной помощи на переходном этапе для Беларуси, Венгрии, Латвии и Польши)

[a] Экземпляры этих документов можно получить в Отделении экономики здравоохранения Европейского регионального бюро ВОЗ по адресу: 8 Scherfigsvej, DK-2100 Copenhagen Ø, Denmark.

Приложение 2

СПИСОК УЧАСТНИКОВ

Временные консультанты

Dr Vladimir Albrecht
WHO Liaison Officer, c/o Ministry of Health of the Czech Republic, Prague, The Czech Republic

Dr Marek Balicki
First Deputy Minister, Ministry of Health and Social Welfare, Warsaw, Poland

Professor T. Chrusciel
President, Physicians' Chamber, Warsaw, Poland

Dr Peter Divinyi
Director, Department for Health Policy, Ministry of Welfare of the Republic of Hungary, Budapest, Hungary

Dr J. Halik
National Centre for Health System Management and Medical University, Warsaw, Poland

Mr Milos Ihnat
WHO Liaison Office, Bratislava, Slovakia

Dr W. Jakubowiak
Deputy Minister of Health, Ministry of Health and Social Welfare, Warsaw, Poland

Mr Ivan Jambor
Director, Section of Economics, Ministry of Health of the Slovak Republic, Bratislava, Slovakia

Dr J. Jonczyk
University of Wroclaw, Poland

Dr Egils Jurshevits
Chairman of the Parliamentary Commission (Health and Social Affairs), c/o Ministry of Welfare, Labour and Health of the Republic of Latvia, Riga, Latvia

Ms Jautrite Karashkevica
Adviser to the Ministry of Welfare, Labour and Health of the Republic of Latvia, Riga, Latvia

Dr A. Koronkiewicz
Adviser to the Minister of Health, Ministry of Health and Social Welfare, Warsaw, Poland

Dr Zigmunds Kovalchuck
Director, Department of Health, Ministry of Welfare, Labour and Health of the Republic of Latvia, Riga, Latvia

Dr W. Kusmierkiewicz
Deputy Minister of Health, Ministry of Health and Social Welfare, Warsaw, Poland

Dr Hans Maarse
Professor of Health Policy and Administration, University of Limburg, Maastricht, Netherlands

Dr P. Mierzewski
Former First Deputy Minister of Health, Director, National Centre for Health System Management, Warsaw, Poland

Dr M. Miskiewicz
Former Minister of Health, Deputy Director, National Institute of Cardiology, Warsaw, Poland (*Председатель*)

Professor E. Morava
Chief, Public Health Office, Ministry of Welfare of the Republic of Hungary, Budapest, Hungary

Dr Libuse Romanovska
Director, Department of International Cooperation, Ministry of Health of the Czech Republic, Prague, The Czech Republic

Ms Vita Rumkovska
Economic Strategic Centre, Ministry of Welfare, Labour and Health of the Republic of Latvia, Riga, Latvia

Dr J. Ruszkowski
Head, Health Reform Task Force of the Administrative Reform Team, Centre for Postgraduate Medical Training, Warsaw, Poland

Dr Jolanta Sabbat
WHO Liaison Officer, c/o Ministry of Health and Social Welfare, Warsaw, Poland (*Составитель отчета)*

Dr Jozsef Schlammadinger
Senior Legal Officer, Ministry of Welfare of the Republic of Hungary, Budapest, Hungary

Dr Elzbieta Seferowicz
Chairperson, Parliamentary Commission for Health, Warsaw, Poland

Dr Marianne Szatmari
WHO Liaison Officer, c/o Ministry of Welfare of the Republic of Hungary, Budapest, Hungary

Dr J. Tazbir
President, Association of Health Care Managers, "Kopernik's" Voivodship Hospital, Lodz, Poland

Dr Katarzyna Tymowska
University of Warsaw, Poland

Dr Aleksandra Wiktorow
Deputy Minister of Labour, Warsaw, Poland

Dr Krystyna Wiskiewska
Adviser to the Minister of Finance, Ministry of Finance, Warsaw, Poland

Представители других организаций

Всемирный банк

Dr Aleksander S. Preker
Human Resources Sector Operations Division, Central and Southern Europe Department, Europe and Central Asia Region, Washington, DC, USA

Наблюдатели

Dr Detlef Affeld
Staatssekretär im Ministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Frauen des Landes Brandenburg, Potsdam, Germany

Dr Gedyminas Czerniawskas
Director, Economic Department, Ministry of Health of the Republic of Lithuania, Vilnius, Lithuania

Dr Vytautas Kriausa
Deputy Minister of Health, Ministry of Health of the Republic of Lithuania, Vilnius, Lithuania

Mr Hartmut Reiners
Referatsleiter Grundsatzfragen der Gesundheitspolitik, Ministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Frauen des Landes Brandenburg, Potsdam, Germany

Dr Siegrun Steppun
Leiterin Abteilung Gesundheit, Ministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Frauen des Landes Brandenburg, Potsdam, Germany

Примерно 15 наблюдателей от Польши

Европейское региональное бюро ВОЗ

Г-жа Eva Eriksen
Помощник руководителя программы экономики здравоохранения (административная поддержка)

Д-р Constantino Sakellarides
Директор Отдела служб здравоохранения

Д-р Mikko A. Vienonen
И.о. регионального советника по управлению службами здравоохранения

Д-р W. Cezary Wlodarczyk
И.о. регионального советника по экономике здравоохранения