

ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ ПО ДИСЦИПЛИНЕ «СРАВНИТЕЛЬНЫЙ МЕНЕДЖМЕНТ СИСТЕМ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ»

Содержание

	Стр.
1. Компетенции обучающегося, формируемые в результате освоения дисциплины	
2. Фонд оценочных средств для проведения текущего контроля успеваемости студентов	
3. Фонд оценочных средств для промежуточной аттестации студентов	

1. Компетенции обучающегося, формируемые в результате освоения дисциплины:

1) пониманием основных мотивов и механизмов принятия решений органами государственного регулирования (ПК-28)

В результате освоения дисциплины обучающийся должен:

Знать:

- методы принятия стратегических, тактических и оперативных решений в социальной сфере;
- методы разработки бизнес-планов создания и развития новых организаций с учетом инструментов государственного регулирования;
- методы и способы планирования деятельности организаций здравоохранения в соответствии с изменяющейся нормативно-правовой базой здравоохранения в условиях реформирования отрасли.

Уметь:

- проводить анализ и диагностику состояния социальной сферы организации ;
- планировать операционную (производственную) деятельность организаций.

Владеть:

- методами принятия стратегических, тактических и оперативных решений в управлении деятельностью организаций;
- методами и программными средствами обработки деловой информации;
- навыками анализа и диагностики состояния социальной сферы организации.

Таблица 1

Код компетенции	Уровень владения компетенцией	Знания	Умения	Навыки	Оценочные средства
ПК-28	Высокий	Свободно владеет знаниями основных мотивов и механизмов принятия решений органами государственного регулирования	Умеет использовать знания по мотивам и механизмам принятия решений органами государственного регулирования	Свободно владеет навыками обоснования мотивов и механизмов принятия решений органами государственного	К1,4,5

				регулиру вания	
	Средни й	Уверенно владеет знаниями основных мотивов и механизм ов принятия решений органами государст венного регулиру вания	Частично умеет использо вать знания по мотивам и механизм ам принятия решений органами государст венного регулиру вания	Уверенно владеет навыкам и обоснова ния мотивов и механизм ов принятия решений органами государст венного регулиру вания	
	Низкий	Частично владеет знаниями основных мотивов и механизм ов принятия решений органами государст венного регулиру вания	Не умеет использо вать знания по мотивам и механизм ам принятия решений органами государст венного регулиру вания	Частично владеет навыкам и обоснова ния мотивов и механизм ов принятия решений органами государст венного	

				регулиру вания	
ПКП-56	Высоки й	Свободно владеет знаниями анализа и диагност ики социальн ой сферы организа ции	Умеет использо вать знания по анализу и диагност ике социальн ой сферы организа ции	Свободно владеет навыкам и анализа и диагност ики социальн ой сферы организа ции	К2,3,6,7
	Средни й	Уверенно владеет знаниями анализа и диагност ики социальн ой сферы организа ции	Частично умеет использо вать знания по анализу и диагност ике социальн ой сферы организа ции	Уверенно владеет навыкам и анализа и диагност ики социальн ой сферы организа ции	
	Низкий	Частично владеет знаниями анализа и диагност ики социальн ой сферы организа	Не умеет использо вать знания по анализу и диагност ике социальн ой сферы	Частично владеет навыкам и анализа и диагност ики социальн ой сферы	

		ции	организа ции	организа ции	
--	--	-----	-----------------	-----------------	--

К – кейс

2. Фонд оценочных средств для проведения текущего контроля успеваемости студентов

Кейсы

Кейс №1

Японская система здравоохранения "Здравоохранение за рубежом" 2007 г. №4 34

Под патронажем Министерства здравоохранения в начале 90х годов в Японии был проведен ряд встреч специалистов-медиков по проблемам организации здравоохранения. Так, в ноябре 1993 г. состоялся представительный международный симпозиум "В поисках путей реформы медицины". На него были приглашены видные деятели здравоохранения Франции, Германии, Швеции, Великобритании, США и Японии. Главной целью симпозиума было обобщение опыта организации здравоохранения в этих странах в условиях роста стоимости медицинских услуг и старения населения. Особое внимание уделялось вопросам обеспечения адекватного лечения для всех слоев населения при быстром изменении методик, внедрения в практику достижений медицинской науки, а также проблеме лекарств. Большинство специалистов были единодушны во мнении, что повышению эффективности использования средств, а следовательно и качества, мешает то, что оплата труда врачей зависит и от стоимости выписанных лекарств. Эта практика ведет к тому, что врачи "накручивают" оплату медицинских услуг за счет медикаментов, тем более что пациенты редко возражают против этого, так как счета оплачивают страховые компании. У последних в штатах есть консультанты-медики, которые проверяют счета с точки зрения рациональности, но эти проверки выборочные, и, как правило, счета оплачиваются. Несколько лет назад стоимость потребления лекарств на душу населения в Японии составляла 57600 иен – самый высокий показатель в мире. При этом их доля достигала 29,5% в общих медицинских расходах. Существующая система оплаты медицинских услуг ведет к тому, что администрация больниц всеми правдами и неправдами затягивает пребывание пациентов. По данным справочника Японского института социальных и экономических проблем за 1998 г., среднее время пребывания пациентов в клиниках в 1995 г. составляло

45,5 суток. Для сравнения: в США – 8 суток, в Швеции – 7,8, в большинстве других развитых стран – 11_14 суток. С начала 90_х годов в стране стали создаваться независимые альтернативные компании медицинских консультаций. Они становятся как бы третьей стороной между пациентами и больницами. Подобные компании официально регистрируются, и пациенты платят ежегодный взнос. Медицинские услуги должны стать товаром, считают организаторы компаний, это внесет серьезные изменения в отношения между пациентом и врачом. Такие компании не занимаются лечением, они дают консультации на основе накапливаемой ими информации о медицинских учреждениях в регионе и конкретных специалистах. Проблема информации неразрывно связана с контролем за качеством медицинских услуг. До недавнего времени в медицинских учреждениях Японии редко вспоминали о необходимости их повышения. Лишь в начале 90_х годов министерство здравоохранения, Японская медицинская ассоциация и ряд других организаций учредили Японский совет по качеству медицинского обслуживания, в обязанности которого вошла общественная проверка больниц. Но подобными проверками на начало 1999 г. было охвачено всего 2% стационаров. Необходимость повышения уровня контроля за качеством медицинских услуг осознают и сами руководители больниц. Однако побудительным мотивом для них стали значительные суммы, выплачиваемые по суду пациентам за явные ошибки в ходе лечения, при проведении процедур или операций. В ряде больниц создаются специальные комиссии, которые определяют риски в конкретных случаях. Этот анализ позволяет предотвратить инциденты на самом раннем этапе, а главное, выработать соответствующие инструкции и рекомендации для повышения качества лечения. Японские ученые, проводившие в 1999 г. сравнительные исследования по медицинскому обслуживанию в своей стране и в США, прежде всего в области экономики медицинского обеспечения, с удивлением констатировали, что данных об используемых методиках, которые подходят различным категориям больных, в Японии нет, как нет и ориентации на конкретные интересы пациентов и возможное улучшение качества лечения. В США, на пример, около 80% всех больниц проверяют независимые организации. Проверки комплексные, степени использования оборудования. Особое внимание уделяется статистике и отчетности по эффективности применяемых методик лечения. Результаты таких проверок доводятся до общественности через средства массовой информации и Интернет. Это резко отличается от ситуации в Японии, где, как уже говорилось, проверялось всего 2% больниц, а результаты проверок сообщались лишь самим проверяемым и не публиковались. Реформирование здравоохранения Японии

практически уже началось. Постепенно меняется то, что можно улучшить, не затрагивая основы системы. В 1993 г. вступили в силу поправки к закону о здравоохранении, которые можно рассматривать как начало реформ. По ним медицинские учреждения разделены на три категории. Крупные клиники с новейшим оборудованием, обеспечивающие лечение в сложных случаях, отнесены к категории "специализированные больницы". Чтобы получить такой статус, стационар должен иметь увеличенный штат врачей, установленный минимум отделений и коек, определенный набор услуг. Специализированные больницы определяются как ядро куста региональных медицинских учреждений. Сейчас в Японии более 50, практически в каждой из 47 префектур есть больница, имеющая подобный статус. Другая категория больниц, которые называют реабилитационными, специализируются на болезнях, требующих продолжительной госпитализации. При этих заболеваниях необходим значительно меньший повседневный контроль, поэтому число врачей в штатах таких больниц сокращено на треть, что позволяет уменьшить расходы. Медицинские учреждения третьей категории работают с пациентами, у которых нет необходимости ни в специальном оборудовании, ни в долгом пребывании в больнице. Министерство здравоохранения предпринимает меры, чтобы поощрять больных обращаться на первом этапе прежде всего в такие больницы. Их пациенты направляются в специализированные учреждения. Как и многие другие стороны социальной жизни в Японии, медицинское обслуживание поражает иностранцев контрастами. С одной стороны, оно практически универсально для всех, расходы граждан незначительны, подготовка специалистов высокая, больницы оснащены новейшей техникой, а с другой – стационары переполнены, очереди к врачам длинные, лечение зачастую поверхностное. Причина этого, как считают специалисты, в том, что медицинская система находится "под руководством близоруких бюрократов", которые уделяют внимание прежде всего сокращению расходов, а не обеспечению пациентов качественным обслуживанием. Разочарование было ошеломляющим. Впервые угодив в японскую поликлинику с гриппом, я обнаружил, что мечта о счастливой и роскошной за границе не всегда соответствует действительности. В поликлинике воняло карболкой, а также керосином от включенных из-за сильного мороза печек нагревателей. Но главное – это очереди. Перед каждым кабинетом люди оккупировали все стулья, бросив на пол свои куртки. Весь этот кашляющий и чихающий народ терпеливо ждал. Все последующие походы в местные лечебные учреждения только закрепили первое

впечатление: в высокоразвитой Японии в сфере массового здравоохранения утвердились по истине совковые порядки. Да что совковые! Порою кажется, что еще хуже. Врача на дом вызвать вообще нельзя – обязательно нужно тащиться на прием. И даже если у вас температура под сорок, не мечтайте попасть к врачу без очереди – в лучшем случае медсестра предложит прилечь на кушетке за ширмой, если уж ноги совсем не держат. Однако при всех безобразиях наши соседи по Дальнему Востоку уже долгие годы удерживают первое место в мире по продолжительности жизни. В конце 90-х у мужчин она в среднем составляла более 77 лет, а у женщин – свыше 84-х. Конечно, многое можно списать на тайны генетики и на удивительно здоровую японскую еду, которая почти лишена холестерина и до предела насыщена полезными веществами, тающимися и в морепродуктах, и в вареном рисе, и в зеленом чае. Однако сами японцы объясняют национальное долголетие именно своей медициной. Первые попытки ввести систему общедоступного здравоохранения были предприняты здесь еще в прошлом веке на волне стремительной модернизации феодальной Японии. В 30-е годы XX века был сделан новый шаг вперед: японское государство взяло на себя бремя кое-каких дотаций на лечение граждан, появились зачатки страховой медицины. Однако череда неудачных войн не способствовала развитию социальной сферы. В результате проблемами массового здравоохранения в Японии всерьез занялись лишь после поражения во второй мировой войне. В новой демократической конституции страны записано, что государство в качестве первоочередной задачи должно защищать право на жизнь и личное счастье своих граждан. Окончательно система здравоохранения сложилась в начале 60-х годов, то есть в период зарождения японского экономического чуда. Ее основой стали страховые фонды, в которых каждый гражданин по закону обязан делать взносы. В обмен на уплату каких-то 100 долларов в месяц (это сущий пустяк для людей с ежемесячной зарплатой в 3-4 тысячи долларов) японец получает возможность оплачивать лишь 20-30 процентов своего лечения. Лицам старше 70 лет многое предоставляется бесплатно или с большими скидками. Полностью местные жители обязаны платить лишь за то, что не считается здесь жизненно важным или массовым: скажем, процедуры по омоложению кожи, изготовление фарфоровых коронок или уникальные операции типа трансплантации органов. На медицинские нужды идет треть социальных расходов государства. В 2000 году эти затраты составили около 154 млрд долларов США. Всего же вместе со страховыми выплатами частных компаний и расходами отдельных людей наши дальневосточные соседи на лечение ежегодно тратят фантастическую сумму в 30 трлн. иен – более 275 млрд долларов.

Однако проблема в том, что эти колоссальные средства в Японии зачастую расходуются, как в социалистической стране с плановой экономикой. Наибольшие отчисления из страховых фондов больницы получают за прием амбулаторных больных. Поэтому врачи хитроумно делают все, чтобы максимально увеличивать их число, накручивая количество вызовов, повторных обследований и т.д. Именно это приводит к толкучке и очередям в больничных коридорах. Одновременно палаты стационаров всеми силами пытаются заполнить стариками, которым далеко за 70: на их содержание выделяются наибольшие страховые выплаты. В результате многие госпитали на деле давно превратились в Японии в дома для престарелых, где под предлогом лечения месяцами содержатся пожилые люди – благо "болячки" у них всегда можно найти. Однако местные больницы даже в глубинке насыщены первоклассной диагностической аппаратурой, которую у нас можно увидеть только в Кремлевке.

Вопросы и задания:

- 1. Выделите специфические особенности организации медицины в Японии.**
- 2. Какие инновации из опыта Японии можно было бы внедрить в российскую практику?**

Кейс №2

Социальная медицина Германии

"Здравоохранение за рубежом" 2007 г. №4

Германское здравоохранение, созданное еще канцлером Бисмарком, в течение столетия казалось оптимальной моделью взаимоотношений государства и пациента. Однако в XXI веке оно не сохранится в прежнем виде. 1 декабря 1884 года в Германии вступил в силу закон об обязательном государственном медицинском страховании – первый из системы социальных законов, предложенных Бисмарком. Он предложил строить медицинское страхование на принципе солидарности: все работающие вносят деньги в общую кассу (ее принято называть "больничной"), а из нее оплачиваются потом лечение и содержание нуждающихся. По этому система была сделана – и остается до сих пор – принудительной и зависящей от размера зарплаты. Касса сразу была задумана самоуправляемой – ни государство, ни предприниматели в ее работу не вмешиваются. Позже появились основанные на том же принципе системы страхования на случай инвалидности, несчастного случая, выхода на пенсию. Поначалу помощь кассы была, по нынешним понятиям, более чем скромной: с

третьего дня болезни рабочий имел право на половину своей зарплаты. Только в 1930 году право на медицинскую помощь за счет кассы получили дети и неработающая жена застрахованного. В 1952 году кассы стали оплачивать отпуска по беременности и уходу за ребенком. Вроде бы все хорошо, но только в теории. Современное общество постоянно создает новые потребности, за которыми "больничные кассы" не в силах угнаться. Скажем, если вы хотите иметь модную оправу, какие-нибудь трифокальные стекла очков или сделать зубные имплантаты, вам придется платить самому и с каждым годом все больше. Если еще десять лет назад за каждое лекарство, прописанное врачом, застрахованный отдавал символические три-пять марок (остальное платила касса), то сейчас больной платит 10_12 евро. Без доплаты вы можете получить только шесть сеансов массажа или физиотерапии. Если вам нужно больше – платите. Никакие альтернативные методы лечения (вроде иглоукалывания или гомеопатии), равно как и фитнес с аэробикой, кассами не оплачиваются. Главная же проблема состоит в том, что расходы "больничных касс" уже давно не покрываются доходами – кассы живут в долг, и он постоянно увеличивается. Объяснений этому немало. Во-первых, демографическая ситуация. Продолжительность жизни растет, рождаемость падает, число работающих сокращается. Средний немец живет до 75 лет. Однако в обязательную кассу платят только те, кто работает. Это означает, что значительная часть общества не платит: молодежь до 25 лет, старики от 65 лет (пенсионеры), неработающие жены да еще безработные, которых, если считать по-настоящему, не менее 10% населения. Во-вторых, медицинская аппаратура и препараты становятся все более дорогими. Наконец, третье объяснение, чисто психологическое. Многие идут к врачу не потому, что у них что-то болит, а просто потому, что постоянно платят взносы в "больничную кассу". Каких только мер не перепробовали за последние полвека правительства ФРГ, чтобы сдержать рост расходов на медицину! Специальная комиссия минздрава разработала, например, список наиболее эффективных лекарств для каждого заболевания. Отныне только эти средства оплачиваются кассами, а за любой другой препарат пациент должен доплачивать. По той же схеме пытаются ввести квоты на курортное лечение и медицинские процедуры. Все правительства ФРГ с переменным успехом пытались перевести медицинскую сферу на рыночный путь. Так, в 1996 году была разрешена конкуренция между обязательными кассами. Некоторые из них, сократив управленческий аппарат, сумели снизить ежемесячные взносы на 10-15% и начали переманивать к себе пайщиков, которые продолжали получать тот же объем медицинских услуг (выбор врача в ФРГ остается за пациентом),

имея в кармане более дешевый полис. В результате самая массовая и самая дорогая из них – АОК – потеряла за четыре года более двух миллионов клиентов. Причем, поскольку дешевые кассы составляют условия приема пациентов таким образом, что переход выгоден только молодым и здоровым, дорогие кассы остаются с больными и старыми клиентами-пенсионерами, которые за себя не платят. Общая ситуация, таким образом, лишь усугубилась. В знак протеста врачи начали дискриминировать дешевые кассы. Их пациентов заставляют сидеть дольше в очереди, им отказывают в каких-то препаратах. Психологическое давление оказалось столь сильным, что 15% пациентов вернулись в свои старые кассы. Все шире обсуждается идея охватывать обязательной медицинской страховкой только наименее обеспеченную часть населения – около половины работающих по найму, а не 92%, как сейчас. Казалось бы, логика в этом есть. Но если богатые не будут вносить денег в медицинские страховые фонды, то кассы обеднеют и не смогут оплачивать даже минимум услуг. Не меньше сомнений вызывает и другая идея: финансировать обязательные кассы из госсредств. Здоровье граждан в этом случае окажется в прямой зависимости от состояния бюджетов федеральных земель и городов. Большинство из 110 тысяч врачей, чья работа оплачивается через "больничные кассы", ставят проблему иначе. Они требуют от законодателей сокращения объема медицинских услуг, процедур и лекарств, финансируемых кассами. Иначе говоря, настаивают на том, чтобы пациенты чаще и больше платили за лечение из своего кармана. Необязательные и нерентабельные методы лечения – вроде искусственного оплодотворения или лечения наркоманов с помощью метадона – следует вычеркнуть из списка услуг, оплачиваемых из общих средств. Врачи заявляют, что пациенты должны нести большую социальную и финансовую ответственность за свое здоровье. Таким образом, в Германии сложилась публично-правовая система медицинского страхования, которая справляется со своими задачами достаточно автономно и независимо от государственного бюджета. В солидарно финансируемой системе медицинского страхования величина взносов соответствует степени состоятельности застрахованных (размеру их доходов), а услуги оказываются в соответствии с состоянием здоровья независимо от величины личных взносов каждого человека. Такая методика определения размера взносов обеспечивает солидарное выравнивание, в котором здоровые несут расходы за больных, молодые за старых, одинокие – за семьи, а хорошо обеспеченные – за малоимущих. В случае болезни медицинская помощь оказывается бесплатно застрахованным и членам их семей. Обязательным медицинским страхованием охвачено 90% населения, 2/5

составляют члены семей застрахованных. Средний страховой взнос составляет 6,5% от заработной платы работника, столько же платит и работодатель. Около 10% граждан, принадлежащих к обеспеченным слоям, охвачены только частным страхованием, а около 3% из числа вовлеченных в систему обязательного страхования здоровья также пользуются и частным страхованием, позволяющим выбирать другого врача, лучшие условия госпитализации, либо получить дополнительную де нежную компенсацию при заболевании.

Вопросы и задания:

1. Выделите специфические особенности организации медицины в Японии.

2. Какие инновации из опыта Японии можно было бы внедрить в российскую практику?

Кейс №3

Медицина и медицинское страхование в Израиле,

«Здравоохранение за рубежом» 2007 г. №5

Израильтяне гордятся своей медициной и даже считают ее условно бесплатной. Не принимая во внимание различие социальных систем, можно с уверенностью отнести ее к одной из лучших мире, и следовательно, заслуживающей детального рассмотрения. Предоставление и оплата медицинских услуг в Израиле осуществляется в рамках государственной программы обязательного медицинского страхования (ОМС). Медицинское страхование, также как и национальное социальное страхование является обязательным и гарантирует предоставление услуг здравоохранения для всех граждан Израиля. Право на получение большинства страховых пособий обусловлено выплатой страховых взносов, которые обязан ежемесячно выплачивать каждый гражданин, достигший 18 лет (кроме домохозяек), в службу Национального страхования. Как и в России, ответственность за отчисление средств на медицинское страхование лежит на работодателе. Аналогом российских фондов ОМС в Израиле выступают несколько так называемых "больничных касс". У каждой из них имеются свои незначительные отличия, но принципы, лежащие в основе их организации одинаковые. Четыре существующих в Израиле больничных кассы не являются государственными, но находятся под его жестким контролем. Каждая из больничных касс связана договорами со своими, как правило, самокупаемыми лечебными учреждениями, и

естественно, выбор одной из них, во многом определяется удобным месторасположением как самой кассы, так и сети ее клиник в разных городах для клиента. Качество медицинского обслуживания в различных кассах фактически одинаково и мало влияет на предпочтение в выборе. В поликлиниках Израиля население может получить бесплатно практически все виды амбулаторного медицинского обслуживания, оформить бюллетень, пройти комиссию для получения прав на вождение автотранспорта и профпригодность, сдать анализы, а также пройти полное обследование в случае заболевания, не требующего госпитализации. Хотя иногда и приходится платить небольшие взносы при проведении сложных анализов. Поликлиники Израиля прекрасно оборудованы и укомплектованы квалифицированным персоналом. Практически все компьютеризировано. Каждый клиент поликлиники имеет свою личную магнитную карточку, без которой не обходится даже простой прием у врача. Клиентам предоставляется право выбора и замены любого лечащего врача. Но, при всех достоинствах системы медицинской помощи, в Израиле не существует такой услуги, как вызов врача на дом, за исключением случаев, когда старики прикованы к постели, или в очень тяжелом состоянии. Лечащий врач только 1 раз в три месяца обходит своих хронических больных. Для большинства людей, в принципе здоровых, это недоступно. Какая бы у Вас ни была температура, у Вас есть выбор: пойти на прием к семейному врачу, или, если совсем плохо, вызвать скорую помощь – "Амбуланс". Существует 2 вида машин скорой помощи. Первый – "белый" амбуланс с водителем – "ховешем" (аналог военфельдшера) и с ним в паре, как правило, обычный доброволец. Такая машина предназначена для доставки пациентов с заболеваниями и травмами средней тяжести в больницу. К подобным случаям относятся: роды, нетяжелые травмы, боли в животе и пр., т.е. состояния, не требующие особого лечения в дороге. Тем не менее, эта бригада при необходимости может проводить первичную реанимацию, дать больному кислород, даже сделать электрошок при некоторых аритмиях. В задачи такой бригады входит дотянуть пациента до приезда в больницу или до приезда реанимационной бригады – "Натана". Второй вид амбулансов – это оранжевые передвижные реанимационные бригады "Натаны". Такие бригады укомплектованы врачами. Оснащены так же, как и отделение реанимации в больнице – есть все необходимые приборы и лекарства. "Натаны" способны осуществлять успешную реанимацию, аппаратное искусственное дыхание, лечение аритмий вплоть до электростимуляции сердца при необходимости. Работают очень эффективно, и действительно спасают много жизней, выезжают на все неотложные состояния: тяжелые

травмы, инфаркты и т.д. Решение о направлении на вызов той или иной бригады принимает диспетчер службы. Вызов "Натана" стоит около 800 шекелей, но во многих городах муниципалитеты участвуют в оплате, и больной платит меньше половины этой суммы. Обычный амбуланс стоит от 200 до 400 шекелей за вызов. Исключением являются случаи, повлекшие госпитализацию более чем на сутки, тогда оплата обеспечивается медицинской страховкой. Отдельной статьей проходит пребывание в больнице. Если вы попали в больницу своей кассы, по направлению скорой или вашего семейного (лечащего) врача, то все пребывание в больнице бесплатно. В больницах других касс тоже, хотя в таких случаях есть некоторые нюансы оформления документов. Наиболее затратную часть медицинских расходов составляют операции. Конечно, большую часть расходов берет на себя государство, но для больного она тоже выльется в немалую сумму. Кроме этого, в медицинскую страховку не входит обслуживание зубными врачами. Они в большей степени частные и услуги стоматологов стоят недешево. Система детской медицины в Израиле начинается с роддома. По выходе из него вы с вашими детьми попадаете под наблюдение, отделенных от общих сетей поликлиник, пунктов "типатхалав" или по-русски – прививочных. Отделение детской части от взрослой оправдано. Как и в России, детская часть независима от взрослой и разгружает поток посетителей. Но существуют и серьезные отличия в системе медицинского сопровождения новорожденных. Если в России врачи или медицинские сестры приходят для наблюдения на дом, то в Израиле такой практики не существует.

Вопросы и задания:

- 1. В чем специфика организации здравоохранения в Израиле?**
- 2. Какие методы в управлении здравоохранением Израиля можно использовать в России и при каких условиях?**

Кейс №4

Майкл Боровитц, Шейла О'Доуэрти, Грейс Хафнер, Шерил Уикем Совершенствование первичной медицинской помощи в Центральной Азии // "Здравоохранение за рубежом" 2007 г. № 13

Структуру здравоохранения в странах Центральной Азии можно представить в виде пирамиды, основание которой составляют стационары, а вершину – первичная помощь. На стационары уходит более 70% средств, выделяемых на медицинское обслуживание, при этом на общие службы здравоохранения и первичную помощь

расходуется лишь 30%. Проект "Здравреформа", организованный американской компанией "АБТ Ассошиейтс" при финансовой поддержке АМР, направлен на устранение этого дисбаланса. В рамках проекта в Кыргызстану, Казахстану и Узбекистану будет оказано содействие в повышении эффективности здравоохранения за счет перевода клинической помощи и ресурсов из дорогостоящего больничного сектора в более экономный с точки зрения затрат сектор первичной помощи, который может эффективнее бороться с основными причинами заболеваемости и смертности. Совершенствование системы первичной медико-санитарной помощи требует комплексного подхода к проведению реформы здравоохранения, что предусматривает изменения в организации медицинского обслуживания в сочетании с использованием новых методов финансирования. Впервые этот подход был использован "АБТ" в опытных проектах реформы здравоохранения в Иссык-Кульской области Кыргызстана, Дзезказганской и Семипалатинской областях Казахстана, а также в Ферганской области Узбекистана. Во всех трех странах в основе реформы лежат следующие принципы: 1) реорганизация системы первичной помощи на основе центров семейной медицины (ЦСМ); 2) переподготовка врачей; 3) введение в методику оплаты элемента материального стимулирования; 4) предоставление населению права свободного выбора лечебного учреждения. Традиционно функции первичной медико-санитарной помощи выполняли различные поликлиники, ориентированные на детей, взрослых или женщин, нуждающихся в гинекологической и дородовой помощи. Больные не могли выбирать поликлинику или лечащего врача. Вместо того чтобы лечить разные возрастные группы и заболевания, как это делают семейные врачи, врачи первичной помощи специализировались на лечении конкретных групп населения: терапевты обслуживали взрослых, педиатры – детей, гинекологи – женщин, причем все эти службы были расположены в разных местах. Врачи, работавшие в системе первичной помощи, имели ограниченные возможности для клинического лечения из-за нехватки медицинской техники и недостаточной подготовленности. Например, участковые врачи часто направляли детей, страдающих ушными инфекциями, к специалисту, потому что у них не было отоскопа или они не имели необходимой квалификации для диагностики и лечения заболеваний уха. Кроме того, поскольку бюджетные средства выделялись поликлиникам, исходя из численности их персонала и количества обслуживаемых больных, участковые врачи не стремились ограничивать число направлений к специалистам, и, в результате, функционировали просто как диспетчеры. Чтобы исправить это положение, в рамках проекта "Здравреформа" была поставлена задача

обеспечить комплексную первичную помощь и право больного самостоятельно выбирать лечебное учреждение. В результате отдельные поликлиники для взрослых, детей и женщин были объединены в независимые центры семейной медицины (ЦСМ) с небольшим числом педиатров, терапевтов, гинекологов, медицинских сестер и со специальным администратором. Так, на основе принципа свободной конкуренции и права самостоятельного выбора больными лечебного учреждения, были созданы многочисленные центры семейной медицины. Одни – на базе поликлиник, другие – самостоятельно в различных местах региона. ЦСМ получили отоскопы и другое необходимое оборудование, их персонал прошел интенсивный курс клинической подготовки, чтобы расширить предлагаемые медицинские услуги. В центрах применяются новые схемы лечения, например, используются рекомендации ВОЗ по лечению острых респираторных инфекций и желудочно-кишечных заболеваний, а также современные методы планирования семьи. Создание ЦСМ это лишь первый шаг на пути к созданию системы семейной медицины. В центрах семейной медицины первичная помощь оказывается специалистами трех традиционных направлений, которые работают как одна бригада. Однако основная цель состоит в том, чтобы расширить компетенцию специалистов узкого профиля, превратив их в общих или так называемых "семейных" врачей. Этот процесс потребует достаточно долгого времени и глубоких изменений в медицинском образовании во всех трех странах. Так, в Кыргызстане в Институте усовершенствования врачей при содействии специалистов из США вводится одногодичная программа переподготовки специалистов узкого профиля для работы в качестве общих врачей.

Проблема образования ЦСМ и подготовка семейных врачей тесно связана с введением новой системы оплаты, которая создает стимулы для повышения производительности труда в секторе первичной медико-санитарной помощи. Первым шагом потребовалось обеспечить независимость центров семейной медицины: предоставить им собственные банковские счета и право самостоятельно определять свою финансовую и административную политику. В настоящее время ЦСМ работают как малые предприятия. В этой связи возникла потребность в специалистах-администраторах, которые могли бы руководить финансовой деятельностью центров. "Здравреформа" оказывает содействие в подготовке таких администраторов. Работа ЦСМ оплачивается на основе подушевого норматива (фиксированной ставки за одного больного); прием пациентов на лечение неограничен. Общие затраты на медицинское обслуживание делят на число жителей и получают фиксированную сумму на обслуживание одного человека

("подушевой норматив"). Пациенты могут прикрепляться к любому ЦСМ, и бюджетцентра рассчитывается, исходя из числа обслуживаемых больных. Право людей на самостоятельный выбор лечебного учреждения является одним из самых больших достижений реформы. Население подробно информируется обо всех ЦСМ с правом свободно выбирать службу первичной медико санитарной помощи. В Иссык-Кульской и Джалал-Абдышевской областях кампании по набору контингента больных прошли настолько успешно, что 90% населения изъявило желание лечиться в различных ЦСМ. Свободный выбор лечебного учреждения создает основу для конкуренции между службами первичной помощи, что вызывает необходимость кардинальных изменений в их работе. Например, в Джалал-Абдышеве многие центры семейной медицины для удобства пациентов работают теперь и в ночное время. Возможность свободно выбирать место лечения заставляет пациентов с большей ответственностью относиться к собственному здоровью, одновременно укрепляя принципы демократии в медицинской помощи. Следующим этапом реформы системы оплаты является введение "контроля за средствами". ЦСМ дается право финансового контроля за оплатой при направлении больных на консультацию к специалистам и на госпитализацию, что позволяет стимулировать сокращение числа направлений и расширение собственного объема медицинских услуг. Введение подобного контроля является долгосрочной задачей и требует проведения большого числа серьезных изменений, в том числе создания комплексной информационной системы. В Джалал-Абдышеве такая система вскоре будет частично введена. На первом этапе подушевой норматив ЦСМ будет повышен: в него войдет стоимость специализированного амбулаторного обслуживания, например, консультации у специалистов. ЦСМ имеет право покупать такие услуги у любой поликлиники. Если центрам удастся снизить число направлений, они смогут использовать сэкономленные деньги на развитие собственной системы обслуживания. Хотя основной упор в реформе здравоохранения сделан на развитие первичной медико санитарной помощи, финансирование реформирования должно осуществляться за счет средств, сэкономленных в больничном секторе. Проект помог страховым медицинским фондам Казахстана и Кыргызстана перейти на новую систему оплаты, способствуют развитию конкуренции и повышению эффективности работы лечебных учреждений. В Иссык-Кульской и Джалал-Абдышевской областях больницы получают плату за каждого больного, рассчитанную по упрощенному методу, аналогичному методу "клинико-статистических групп", который используется в американской программе "Медикэйр". Работа стационара оплачивается по

усредненному тарифу в зависимости от того, к какой группе относится больной, и без учета длительности его госпитализации. ЦСМ имеет право направить больного в любую больницу. Эта система позволяет сократить традиционно длительное стационарное лечение и повысить оборачиваемость больничных коек. Кроме того, это обеспечивает стабильную плату за госпитализацию, что необходимо для введения принципа контроля за больничными средствами. Опытные проекты организации подобных медучреждений в Центральной Азии создали рабочую модель, которая теперь используется в качестве основы общегосударственной реформы здравоохранения в трех республиках. В настоящее время Всемирный банк финансирует распространение этой модели в общенациональных масштабах. Опытные проекты показывают, что даже в условиях хронического недостатка финансовых средств можно серьезно улучшить работу системы здравоохранения за счет более эффективного использования имеющихся ресурсов. Уже сейчас заметно повысился уровень удовлетворенности пациентов медицинским обслуживанием, поскольку система первичной помощи стала более чутко и квалифицированно реагировать на нужды больных. Тем временем сокращается объем и возрастает эффективность сектора больничного обслуживания. По мере того как ЦСМ будут расширять свои лечебные возможности, ресурсы здравоохранения станут направляться в основном на нужды первичной помощи, что и позволит "перевернуть пирамиду".

Вопросы и задания:

- 1. В чем состоит особенность первичной медицинской помощи в странах Центральной Азии?**
- 2. Можно ли использовать опыт организации первой медицинской помощи в РФ и при каких условиях?**

Кейс №5

Организация здравоохранения в Эстонии "Здравоохранение за рубежом" 2007 г. №5 13

Эстония – это самое малое государство из трех балтийских республик, расположенных на восточном побережье Балтийского моря и занимающее примерно 45214 квадратных километров. Население Эстонии составляет 1,475 миллионов человек, из которых более двух третей проживает в городских районах. С миграции российских граждан в Россию. Это движение было более значительным в 1992 году, в период первого года после получения независимости, после ухода Советской армии. Новый всплеск ожидается в 2000 году. В Эстонии

существует двухуровневое политическое представительство – на национальном уровне – это ассамблея Риидикогу (Парламент), состоящая из единственной палаты. Второй политический уровень – это местный руководящий орган, представленный муниципалитетами, всего 264. Муниципалитеты, в основном, небольшого размера, население которых в количестве от 300 до 100 тыс. человек. Таллинн, с населением 450 тыс., является исключением. По административному разделению, Эстония поделена на 15 округов. Среднее количество населения в округе составляет 40_50 тыс. человек, за исключением одного островного округа с населением 12 тыс. человек, трех округов по 100_200 тыс. человек и одного округа – 566 тыс. жителей (округ Харджю включая Таллинн). С 1990 года состояние здоровья эстонцев ухудшается. Уровень смертности в целом повысился из-за сердечнососудистых заболеваний, несчастных случаев и отравлений. В 1994 году средняя продолжительность жизни была самой низкой, для мужчин – 61.1 и для женщин 73.1 лет, в сравнении с 1988 годом – когда показатель для мужчин был 66.5 лет, а для женщин – 74.9. Однако, затем средняя продолжительность жизни стала впоследствии, увеличиваться, и в 1996 году она составила 64.5 лет для мужчин и для женщин – 75.5. Детская смертность в 1993 году составила 15.8 случаев на 1 тыс. живорожденных, тогда как в 1990 году было отмечен самый низкий показатель – 12.4. Уровень рождаемости также был самым низким за все время – 9.5 на 1000 человек. В некоторых областях, профилактические меры уже дали свои результаты, например, высокий уровень количества аборт (характерный для всех бывших советских республик) с 1992 года постоянно снижается. Но все же несмотря на показатель – 53.8 абортов на 1000 женщин детородного возраста, он все еще остается выше показателей Западной Европы.

Организационная структура системы здравоохранения. Здравоохранение и обеспечение социальными услугами в Эстонии, так же как и медицинское страхование, с 1993 года входят в ответственность Министерства социальных дел, когда ранее существовавшие отдельные министерства здравоохранения, социального обеспечения и труда, объединились в одно целое. Ответственность за обеспечение медицинской помощи включает в себя общее руководство и надзор, но исключает медицинскую помощь в армии и в местах заключения. Другие ранее существовавшие "параллельные" медицинские системы, напр. для работников полиции, железной дороги и т.п. были объединены в одну государственную систему оказания медицинской помощи. Министерство несет ответственность за развитие политики, сбор статистических данных о состоянии здоровья населения и их анализа, планирование медицинской

помощи на государственном уровне, определение объема медицинской помощи на различных организационных уровнях, развитие и введение стандартов и лицензирование деятельности производителей медицинской помощи. Административная ответственность возложена на министра. Министр социальных дел возглавляет Государственный Совет по Здравоохранению, совещательный орган эстонского правительства по вопросам здравоохранения. В Совет входят представители постоянного парламентского Комитета по социальным вопросам, Министерства социальных дел, государственного Инспектората по охране здоровья, служб скорой помощи и местных органов управления. Также членами Совета являются декан медицинского факультета Тартуского университета, руководители эстонской медицинской ассоциации, представители союза медицинских сестер Красного Креста. Совет вырабатывает рекомендации по развитию политики здравоохранения, выносит заключения по законодательным предложениям. Министерство социальных дел разделено на три основные сферы деятельности: здравоохранение, социальные услуги и занятость. Вопросами здравоохранения занимаются три управления: Департамент медицинской помощи, занимающийся вопросами оказания медицинских услуг, Департамент состояния здоровья населения и Департамент охраны здоровья. Значение охраны здоровья и вопросов, связанных с условиями труда, растет в контексте вступления Эстонии в Европейский Союз. Для финансирования здравоохранения, согласно Закону о медицинском страховании, который вошел в силу 1 января 1992 года, была введена государственная система медицинского страхования, которая находится в ведении министерства социальных дел. Система медицинского страхования администрируется Центральной Больничной Кассой и 17 Региональными Больничными Кассами (имеющимися в каждом из 15 округов и в двух городах). Центральная больничная касса организует, координирует и осуществляет надзор за деятельностью региональных больничных касс. Центральная касса также перераспределяет страховые взносы для обеспечения равноценного финансирования между больничными кассами, разрабатывает государственный бюджет медицинского страхования и утверждает бюджеты региональных больничных касс. Центральной больничной кассой руководит директор, назначенный генеральным директором Агентства Социального Страхования после получения одобрения от министра социальных дел. Директора региональных больничных касс принимаются на работу по контракту директором центральной больничной кассы. Таким образом, региональные больничные кассы через своих директоров подчиняются министру социальных дел. На уровнях центральной больничной кассы и

региональной больничной кассы имеются совещательные органы: Эстонский Совет по медицинскому страхованию и региональные Советы по медицинскому страхованию, которые направляют рекомендации и осуществляют надзор за государственной системой медицинского страхования. Таким образом, находясь в ведении Министерства социальных дел, медицинское страхование, следовательно, в какой-то степени находится под политическим контролем. Существует еще ряд других государственных агентств по здравоохранению, которые находятся в ведении Министерства социальных дел – это государственный Инспекторат по охране здоровья, офисы которого находятся в каждом округе и основной функцией которого является осуществление государственного надзора за состоянием здоровья и организация действий по охране здоровья. На региональном уровне министерство социальных дел представлено окружными врачами. Они несут ответственность за планирование и контроль медицинских услуг, оказываемых на окружном уровне, осуществляют надзор за состоянием и охраной здоровья населения. Окружные врачи назначаются на срок 5 лет губернаторами округов. Назначения утверждаются министром социальных дел. Окружные врачи также возглавляют Окружные Медицинские Советы, которые представляют рекомендации окружному губернатору по организационным вопросам в области повышения состояния здоровья населения, профилактики заболеваний, оказания медицинских услуг и надзора за медицинской помощью. Членами окружных медицинских советов являются представители местных управляющих органов, муниципальных и городских врачей, производителей частной медицинской помощи, аптек, региональных больничных касс, администрации по охране здоровья и медицинских ассоциаций. В соответствии с законом об организации медицинской помощи от 1994 года, на местном уровне управления медицинская помощь организована отдельно или совместно муниципалитетом или городскими Советами и муниципальным врачом. Сюда входит организация первичной и вторичной медицинской помощи и контроль за потребностями в состоянии здоровья населения. Одной из основных профессиональных групп в эстонской системе здравоохранения является эстонская медицинская Ассоциация, представляющая около 60% эстонских врачей. В 1988 году она была еще раз утверждена и является основным репрезентативным органом для клиницистов. Существуют также разные ассоциации специалистов. Эстонская ассоциация медицинских сестер, представляющая 50% медсестер в стране, также важна, и постоянно растет значение союза стационаров. Группами пациентов образованы ассоциации и общества, главным образом, по видам заболеваний или

инвалидности, напр., общество диабетиков, общество больных с диагнозом множественного склероза или союз сердечников. В последние годы большое значение стало приобретать участие пациентов/потребителей в дискуссиях по проблемам здравоохранения, и значение такого участия постоянно растет. Например, общество представителей имеет своих представителей в эстонском Совете по медицинскому страхованию. Производители медицинской помощи, в основном, находятся в собственности государства или муниципалитета. В некоторых случаях, еще происходит процесс муниципализации. Все государственные производители медицинской помощи подписывают контракт с больничными кассами, которые являются основным источником финансирования. Частная медицинская помощь развивается при оказании поликлинической помощи, главным образом, в области стоматологии, гинекологии, отоларингологии, офтальмологии и урологии. Частный сектор, в основном, получил развитие в стоматологии, где 75% производителей медицинской помощи заняты в частном секторе. Доля частного сектора выросла с 1998 года, когда в результате реформирования первичной помощи почти 50% производителей первичной медицинской помощи работают сейчас в частном секторе. С 1991 года, когда Эстония опять получила независимость, эстонская система медицинской помощи проходит двухэтапный процесс изменений: – трансформирование бывшей централизованной, контролируемой государством, системы оказания медицинской помощи в децентрализованную; – превращение системы общегосударственного финансирования в систему, работающую по принципу медицинского страхования. В дополнение к этому, все больше внимания концентрируется на первичной медицинской помощи и состоянии здоровья населения. Такие изменения происходят наравне с экономическими и социальными изменениями, которые связаны с первыми годами политической независимости. Планирование, регулирование и управление В настоящее время подход к планированию отличается от того, который применялся десять лет назад, когда за организацию услуг медицинской помощи несло ответственность Министерство здравоохранения Эстонской советской республики. В результате децентрализации управления медицинской помощью возникла возможность организовать оказание медицинских услуг в соответствии с местными (окружными и муниципальными) потребностями. Был создан потенциал для населения при его участии в планировании медицинской помощи так как представители NGO? и застрахованные граждане также входят сейчас в состав Советов по здравоохранению и Советов по медицинскому страхованию как на государственном, так и на окружном уровне Несмотря на то, что

организационная реформа уже завершена, система функционирует еще недостаточно эффективно. Округа и муниципалитеты еще не взяли на себя полную ответственность за планирование и организацию медицинских услуг, в основном из-за того, что в результате децентрализации ответственность перешла на низшие уровни к более мелким муниципалитетам; недостаточно развиты умения в области планирования; и, в некоторых случаях, еще действуют старые привычки, в частности, в ожидании решений и команд из центра. Главным регулирующим органом в здравоохранении является Министерство социальных дел, которое устанавливает требования к управлению здравоохранением, лицензированию деятельности учреждений – производителей медицинских услуг и медицинского персонала и контролю за деятельностью персонала и учреждений. Лицензирование деятельности производителей медицинских услуг С 1994 года рабочие группы утвержденных эстонских специалистов разрабатывали стандарты для 26 специализированных департаментов, лабораторий, диагностических центров и служб оказания интенсивной медицинской помощи. Существуют особые требования для больниц второго и третьего уровней. Оказание определенного вида процедур может быть выполнено только после получения специального подтверждения. Установлены также стандарты для медицинских помещений и технологий, которые, однако, менее ясны и очевидны. Первый этап лицензирования больниц проводился в конце 1994/1995 гг. Хотя основная система по лицензированию и функционирует, но все же еще есть потребность в ее дальнейшем развитии. В настоящее время имеется список стандартных стационарных медицинских услуг, которые могут быть оказаны на каждом уровне системы. Чаще всего, в нем содержится также список необходимого оборудования. Количество коек, требуемых при оказании каждой услуг на различных уровнях и для различных микрорайонов, не уточняется, не указаны критерии поставки оборудования и его использования (включая операционные помещения и т.п.). Не всегда упомянуты требования, предъявляемые к уровню квалификации персонала. Немного говорится о требованиях, предъявляемых к персоналу, за исключением стандартных норм по уходу. Для удовлетворения потребности специализированные общества начали разрабатывать квалификационные стандарты. Различные экспертные группы применяли совершенно разные методологии при разработке стандартов и поэтому необходима гармонизация методологий. Деятельность по лицензированию врачей поделена между Министерством, комиссиями и медицинским факультетом Тартуского университета. Лицензии на ведение частной практики выдаются Министерством социальных дел.

Система медицинского страхования и государственный бюджет являются двумя основными источниками финансирования медицинской помощи в Эстонии. Впервые дискуссии по поводу системы здравоохранения на базе медицинского страхования начались в конце 1980_х годов, когда Эстония еще была частью Советского Союза, но уже тогда развивалось движение в сторону автономии. В 1990 году эстонскому парламенту был представлен Закон о медицинском страховании. В июне 1991 года он был утвержден и вступил в силу с 1 января 1992 года. Причины способствующие переменам: необходимость децентрализации финансирования медицинской помощи;– установление связи между расходами в системе медицинской помощи и государственной экономикой;– ввиду очевидности того, что сеть производителей медицинской помощи была перенасыщена и с целью оптимизации, реформа финансирования рассматривалась как один из инструментов;– установление основы для повышения персональной ответственности в системе медицинской помощи. В Советском Союзе медицинские услуги предоставлялись бесплатно и реальная стоимость медицинской помощи не рассматривалась ни населением, ни медицинской общественностью.

Закон о медицинском страховании ввел систему обязательного медицинского страхования. Охват населения достаточно широк, гораздо шире чем количество реальных вкладчиков. Эстонское медицинское страхование охватывает застрахованных (граждан, которые сами оплачивают социальный налог или за которых налогоплативается) и без оплаты взносов всех детей в возрасте до 18 лет, студентов дневных отделений, граждан, получающих официальную пенсию, беременных женщин и некоторых других четко определяемых групп. Государство оплачивает социальный налог, рассчитываемый от размера минимальной заработной платы за зарегистрированных безработных граждан, граждан находящихся на военной службе и за три небольшие категории граждан. В конце 1998 год а общее количество застрахованных в эстонской системе медицинского страхования составляло 1 млн 378 396 человек, из которых налог оплачивался за 649718 человек (работников и самозанятых), а количество застрахованных в соответствии с законом составляло 728678 человек. Право на получение государственного медицинского страхования реализуется по месту проживания, а не по принципу гражданства. Закон также определяет право постоянно проживающих граждан на получение дополнительного частного страхования, но выход из обязательной системы не разрешается. Для целей администрирования больничные фонды были установлены в каждом из 15 округов и в 6 городах республиканского подчинения и имеется 1 больничная касса для

моряков: всего 22 больничные кассы. Для координации деятельности на национальном уровне была создана Ассоциация больничных касс. На основе опыта, полученного за первые годы деятельности, в 1994 году была образована центральная больничная касса для укрепления таких центральных функций как планирование, перераспределение дохода между регионами с целью обеспечения территориальной равноправности, и контроль за финансовыми ресурсами. После таких изменений региональные больничные кассы находятся в подчинении центральной больничной кассы, которые ранее контролировались округом и городскими властями. Количество региональных больничных касс было сокращено до 17 с целью более экономного использования ресурсов. Граждане могут стать членами региональной больничной кассы того региона, где они живут и пользуются медицинскими услугами. Региональные больничные кассы не конкурируют между собой за большее количество своих членов. Право на медицинское страхование подтверждается членской карточкой больничной кассы, которая выдается больничными кассам и лицам, охваченным государственной системой медицинского страхования. В течение 1998 года первые бумажные членские карточки больничной кассы были заменены на пластиковые с наличием магнитных дорожек. В 1997 году была создана информационная система на базе Интернета между больничными кассами и производителями медицинской помощи, которая на первом этапе способствует осуществлению операционного контроля за страхованием, проверке работодателя и выбору семейного врача, но к которым в будущем могут быть добавлены другие функции, такие как администрирование уровней соплатежей. На национальном уровне в центральной больничной кассе был учрежден государственный Совет по медицинскому страхованию, а на окружном уровне в региональных больничных кассах были учреждены региональные Советы по медицинскому страхованию. Эти Советы оказывают помощь в осуществлении государственного надзора за исполнением программы медицинского страхования. Советы на обоих уровнях назначаются сроком на три года. Государственный Совет по медицинскому страхованию состоит из представителей Министерства по социальным делам, государственного агентства по социальному страхованию, окружных врачей, муниципальных врачей, производителей медицинской помощи на территориальном уровне, пяти представителей от союзов работодателей и пяти представителей от застрахованных. Совет утверждает государственный бюджет по медицинскому страхованию, распределяет его пропорционально между службами и в соответствии с финансовыми отчетами центральной больничной кассы. Членами регионального Совета по медицинскому страхованию

являются окружной врач и представители местных властей, муниципальный и городские врачи, региональная медицинская ассоциация, региональный филиал по охране здоровья, три представителя со стороны застрахованных и три представителя со стороны работодателей. Региональные советы по медицинскому страхованию утверждают планируемые контракты между центральной больничной кассой и производителями, квартальные финансовые отчеты и дают рекомендации по региональным проблемам и предложениям. Доходы и бюджет медицинского страхования Медицинское страхование оплачивается работодателями в размере 13% от суммы заработной платы, выплачиваемой работникам, являясь, таким образом, пропорциональным, непрогрессивным налогом. Этот налог является частью 33% социального налога (20% – социальный налог, 13% – взнос в медицинское страхование). Налог связан с размером дохода, без какой-либо корректировки на риск или уровня общества. Сбор взносов в медицинское страхование как части социального налога выполняется больничными кассами. С января 1999 года функция сбора взносов передана в налоговое агентство. В результате изменений происходящих в обществе, в первой четверти 1999 года наблюдался некоторый спад в деятельности по сбору взносов. Эта недостача в сумме взносов была покрыта за счет резервов медицинского страхования, накопленных в 1998 году. Часть бюджета распределяется в региональные больничные кассы по подушевому нормативу в соответствии с количеством застрахованных в каждой региональной больничной кассе. Это позволяет выравнивать разницу в финансовых ресурсах между округами, которая возникает в результате различий в экономической деятельности. В 1998 году регион Таллинна таким образом оказал поддержку 16 регионам в размере примерно 700 млн ЕКК. Бюджет медицинского страхования рассчитывается на базе планируемого налога медицинского страхования. Министерство Финансов вделает расчет макроэкономического прогноза на общий фонд заработной платы, а Центральная больничная касса определяет доходы на последующие годы на основе такого прогноза и расходы на медицинское страхование за последний год. Консолидированный бюджет медицинского страхования составляется центральной больничной кассой. Центральная больничная касса представляет полный бюджет медицинского страхования Министерству социальных дел и Государственному Совету по медицинскому страхованию на утверждение. Утвержденный бюджет направляется в Министерство финансов и эстонскому правительству. Затем, государственный бюджет по медицинскому страхованию направляется в эстонский парламент на утверждение как составной части государственного бюджета.

Государственный бюджет по медицинскому страхованию предполагает следующие виды расходования, на оплату: 1) медицинских услуг (лечение, повышение уровня состояния здоровья, профилактика заболеваний, реабилитация, медикаментозные средства); 2) больничных листов; 3) фармацевтических средств (компенсация расходов застрахованных, централизованное приобретение средств); 4) оборудования высоких технологий; 5) административных расходов центральной и региональных больничных касс; 6) информационной технологии больничной кассы; 7) капиталовложений в больничные кассы. После реформы 1994 года, для некоторых групп населения стало возможным не участвовать в системе. В таком случае, им приходится самим оплачивать оказание медицинских услуг "из своего кармана". В результате, усилилось давление, оказываемое на выплаты налога медицинского страхования, и этот налог превратился в налог Эстонии, лучше всего собираемый. Тем не менее, в январе 1998 года было определено, что примерно 40_70 тыс. лиц не было охвачено страхованием, это в основном те, кто не платит налог по медицинскому страхованию (часто это самозанятые) и те, кто находится в стране нелегально. Несмотря на то, что система медицинского страхования в Эстонии еще нуждается в дальнейшем развитии и совершенствовании, она полностью функциональна. Целью первоначального законодательства являлось установление механизма медицинского страхования на децентрализованной основе, управляемого через региональные больничные кассы. В то время, такой прагматичный подход был необходим, так как срочно требовалось создать работоспособную структуру, чтобы заменить централизованную советскую государственную модель оказания услуг. Несмотря на идеологические причины стремления к децентрализации, по видимому решение о децентрализации администрирования медицинского страхования было реализовано без проведения полной подготовки местных условий, в рамках определения ролей, подготовки персонала, систем и правил по обеспечению отчетности и руководящих направлений в политике и постоянности программ. Операционные качества больничных касс постоянно совершенствуются. Признается важность наличия хороших информационных систем и их развитие является первоочередным. Например, доля бюджета, определенная на развитие информационных технологий, в 1996 году увеличилась в 2,5 раза в сравнении с 1995 годом. Административные расходы больничных касс удерживались на очень низком уровне, 1,3% от бюджета медицинского страхования. В 1999 году идут дискуссии по поводу правового статуса больничных касс в трех вариантах: а) государственное агентство; б) общественное, независимое юридическое

лицо; в) на базе закона о частной деятельности. Хотя Правительство еще не приняло решения по этому вопросу, видимо имеется политическая поддержка для определения больничных касс и центральной больничной кассы как одно общественное независимое юридическое лицо – Эстонская больничная касса, которое может иметь региональные филиалы.

Вторым источником финансирования медицинской помощи является общее налогообложение через государственный и муниципальный бюджеты. До конца 1997 года, собственник учреждения-производителя медицинских услуг был ответственен за такие статьи расходов учреждения как расходы на содержание и ремонт. Однако, так как многие муниципалитеты были неспособны удовлетворить такие потребности, то они получают субсидии из государственного бюджета. Ввиду того, что расходы на содержание больниц конкурировали с муниципальными расходами по другим секторам, пропорциональная часть расходов на медицинскую помощь в муниципальных бюджетах незначительна: в Таллинне, например, 2% от городского бюджета. С другой стороны, средства больничной кассы (оплата за услуги) всегда имеются в наличии. Это привело к ситуации, когда больницы стали удерживать деньги из контрактов (за счет зарплат медицинского персонала), для того, чтобы оплачивать расходы на содержание или ремонт. С начала 1998 года, расходы на содержание больниц включаются в цены на услуги медицинского страхования. Государственный бюджет, таким образом, поддержал расходы на содержание больниц итакже на некоторые услуги оказания медицинской помощи, как например, неотложная помощь и акушерские услуги. В 1998 году, государственный бюджет осуществил финансирование услуг по неотложной помощи, программам здоровья для детей и молодежи, на действия, направленные на профилактику СПИДа, профилактику туберкулеза. Для не застрахованных, государство оплачивает только услуги по оказанию неотложной помощи, хотя и средства, определенные государственным бюджетом, были недостаточны для полного покрытия фактических расходов. Государственный бюджет покрывает также расходы по обеспечению медикаментозных средств и протезов для инвалидов. Программа здоровья населения – Служба охраны здоровья (бывшая санитарно-эпидемиологическая система) до сих пор полностью финансировалась из государственного бюджета. Для замены финансирования государственного или муниципального бюджета не планировалось использовать медицинское страхование, предполагалось использование дополнительного финансирования из этих бюджетов, а также другие источники. В настоящее время, ведутся дискуссии о

степени охвата национальной системой медицинского страхования, и соотношении между медицинским страхованием и государственным/муниципальным бюджетом. Были высказаны аргументы как за увеличение доли бюджетного финансирования, так и за уменьшение доли бюджетных финансов. Однако, за последние годы выявилась тенденция постоянного увеличения доли медицинского страхования в пропорциональном соотношении к государственному/муниципальному финансированию. Бюджет медицинского страхования использовался также для покрытия финансирования некоторых государственных обязательств, как например, заработной платы врачей интернатуры в период их обучения. Возникли также дискуссии по поводу того, чтобы часть ответственности за оплату налога на медицинское страхование была возложена на работодателей. Если обратить внимание на реакцию медицинской общественности и населения в период введения медицинского страхования, то можно увидеть, что потребовалось почти два года на то, чтобы медицинская общественность начала понимать принципы медицинского страхования. Но все же необходимо иметь больше информации для общественности. Сейчас имеются явные показатели повышения интереса общественности в отношении качества медицинских услуг, как медицинских, так и самого обслуживания. Это можно отнести к общему возросшему интересу потребителей, но также и к знанию прав и потребностей налогоплательщика. Пособия и медицинской помощи В системе медицинского страхования в Эстонии оплачивается множество расходов, связанных с оказанием лечения, и также система покрывает расходы на компенсацию оплаты больничных листов. Расходы по лечению оплачиваются при окутании медицинских услуг первичной, вторичной и третичной помощи, независимо от того, являются ли эти услуги поликлиническими или стационарными. Для оплаты услуг медицинской помощи используется список цен (прайс-лист), введенный в действие Министерством социальных дел. Благодаря эволюции системы от той системы, в которой государство обеспечивало предоставление всех медицинских пособий, набор пособий сравним с теми, которые имеются во многих других странах, имеющих уже давно действующие национальные программы здоровья. Медицинские услуги, которые не включены в общественные программы медицинского страхования, – это косметическая хирургия и альтернативная терапия. Для определенного вида услуг должны быть введены соплатежи, например, для определенных видов стоматологической помощи. Соплатеж должен быть также введен для вызванных абортов, когда больничная касса покрывает 50% расходов их стоимости. Покрытие расходов на лекарственные средства варьируется. Существуют особые

заболевания, стоимость лечения которых покрывает больничная касса полностью, а в некоторых случаях частично. Степень покрытия установлена Министерством социальных дел. Покрытие медицинского страхования включает также оплату по больничным листам, отпуск по уходу за ребенком, расходы по домашнему уходу за больным членом семьи или за детьми в больнице. Такая оплата начинается со второго дня заболевания. Уровни выплаты: по лечению болезни в амбулаторных условиях – 80% от уровня средней заработной платы пациента;– в больнице – 60% от уровня средней заработной платы пациента;– отпуск по уходу за ребенком – 100% заработной платы за 126 дней. Расходы на лечение, полученное за рубежом, покрываются центральной больничной кассой в рамках двусторонних международных соглашений или только при получении предварительного подтверждения по каждому индивидуальному случаю от Эстонского Совета по медицинскому страхованию на условиях, что необходимое лечение не может быть предоставлено в Эстонии и комитет экспертов поддерживает выбранный вид лечения. Двусторонние соглашения на покрытие медицинских расходов подписаны со Швецией, Финляндией, Латвией, Литвой и Украиной. Начинают обсуждаться ограничения по пакету пособий, но процесс идет медленно, связанный с национальным ростом экономики и ростом доходов населения. В то же самое время, оказывается также давление на то, чтобы расширить пакет пособий при наличии новых, но очень дорогостоящих услуг и лекарственных средств. Например, для пациентов, медицинское страхование Эстонии, в настоящее время, покрывает все необходимое клиническое лечение, но только 1 компонент Зидовудин (Zidovudin) полностью возмещается из комплекса лекарственных средств. Несмотря на то, что давление со стороны пациентов и фармацевтических компаний велико, администрация медицинского страхования не видит возможности для расширения существующего пакета – покрытия в системе медицинского страхования. Карманные платежи Основными дорогостоящими действиями по различным видам медицинской помощи являются:

1. Амбулаторная помощь. В качестве первого шага на пути к разделению стоимости, в апреле 1995 года была введена небольшая плата за посещение врача в размере 5 ЕЕК. Благодаря политическому давлению были освобождены от такой платы крупные категории населения, такие как пенсионеры, инвалиды и дети.

2. Стационарная помощь. В настоящее время не имеется.

3. Лекарства. Существуют соплатежи при оплате лекарств. Лекарства, продаваемые без рецепта, не входят в список пособий медицинского страхования и должны полностью оплачиваться пациентами. Уровень карманных платежей повысился и продолжает

свой рост. Во-первых, это происходит из-за повышения цен на лекарственные средства и роста частного рынка в оказание специализированной помощи, когда врачи специалисты могут брать с пациента плату до уровня, покрываемого больничной кассой; и второе, больничная касса не обеспечивает 100% покрытие для всех услуг, например, на расходы по использованию определенных пломбировочных материалов.

Добровольное медицинское страхование Добровольное медицинское страхование практически не существует.

Целью реформы здравоохранения, проводимой в 1994 году, было децентрализовать системы первичной и вторичной (стационарной) медицинской помощи до местного административного уровня, на котором отдельные или кооперативные группы муниципалитетов должны были бы обеспечивать оказание как первичной, так и вторичной медицинской помощи. Ключевым принципом этой концепции являлось следующее: первичная медицинская помощь должна быть организована вокруг врача общей практики (или семейного врача), который должен выполнять диспетчерскую функцию, направляя своих пациентов, при необходимости, на более высшие уровни оказания медицинской помощи. В 1998 году, расходы на различные категории медицинских услуг больничной кассой, в пропорциональном соотношении составили: общая амбулаторная медицинская помощь – 12%, амбулаторная специализированная помощь – 16%, стационарная помощь – 59%, стоматологическая помощь – 13%. Существует отдельное, дополнительное распределение на услуги. Первичная медицинская помощь Реорганизация первичной медицинской помощи является ключевым элементом медицинских реформ в Эстонии. До 1998 года первичная медицинская помощь была представлена поликлиниками и амбулаториями, которые находились в ведении муниципалитетов. Оказание медицинских услуг финансировалось через контракты с больничными кассами на базе оплаты за обслуживание. Для того, чтобы противостоять проблемам, возникающим в связи с неоправданной деятельностью людей по максимизации своих доходов больничные кассы установили контрактные предельные суммы для каждого центра, на основе приблизительного подсчета количества населения, количества врачей и уровней обслуживания за последние годы. В системе существует несколько проблем, которые берут свое начало из истории самой системы. Работа медицинских специалистов в амбулаториях не считалась высоко престижной, как среди медицинских специалистов, так и среди населения. Обычно, любой выпускник медицинского вуза мог проходить практику в амбулатории: не требовалось дополнительной

или специализированной подготовки. Несмотря на то, что размер зарплаты в амбулатории примерно эквивалентен зарплате, получаемой специалистами в поликлинике и стационарах, медицинские специалисты первичной медицинской помощи получают очень незначительные чаевые или совсем их не получают. Более того, средний уровень доходов врачей и медицинских сестер (и специалистов другого общественного сектора) низкий в сравнении с профессиями подобного статуса в частном секторе. В дополнение к этому наблюдается низкий уровень удовлетворения от работы у врачей и сестер работающих в системе оказания первичной помощи. Все эти факторы выразились в плохо мотивированной работе врачей первичной медицинской помощи, низкой эффективности медицинских услуг и их плохого качества. Стало общей практикой, когда пациенты обходят услуги первичной помощи и направляются напрямую к специалистам поликлиник или стационаров. Главной задачей при введении практики семейного врача является изменение ранее бытующего отношения к первичной помощи как среди населения, так и среди медицинского персонала. В конце 80_х годов была признана необходимость реформирования первичной медицинской помощи, до получения Эстонией независимости. Начиная с 1991 года медицинский факультет Тартуского университета предлагает двухлетний курс переподготовки по семейной медицине для стационарных специалистов и врачей общей практики, работающих в настоящее время в амбулаториях. В марте 1998 года 351 человек закончил этот курс. Еще 275 врачей, в настоящее время, обучаются на курсе переподготовки. В 1993 году была также открыта трехлетняя программа для выпускников медицинских вузов по специализации – Семейная

Была разработана модель по оказанию первичной медицинской помощи на основе семейной практики. Предлагалось, чтобы семейный врач заключал частный контракт с больничной кассой. Оплата будет производиться на базе комбинированных платежей по подушевому принципу и платы за услугу. Семейный врач должен будет выполнять диспетчерскую функцию. Реформа направлена на создание более тесных взаимоотношений между врачом и пациентом, при этом оплата услуг врача будет более зависима от результатов его/ее работы. Считается, что метод подушевой оплаты предоставит для семейного врача больше стимулов в работе, связанной с профилактикой заболеваний и поддержанию хорошего состояния здоровья тех людей, которые закреплены за этим врачом. Через декрет, подписанный министром социальных дел, было объявлено о проведении реформы в 1997 году, обуславливая через законодательный акт регистрацию людей у семейных врачей и определяя задачи для различных учреждений в

период реализации реформы. Основными этапами проведения реформы планировались следующие:

а) отбор семейных врачей для практики в качестве частных врачей в регионах;

б) регистрация населения у таких врачей;

в) развитие нового финансирующего метода через прямой контракт с больничной кассой на 1998 года.

В 1998_1999 годах было также дано разрешение педиатрам и врачам общей практики проводить регистрацию людей, при условии прохождения этими врачами переподготовки через 2 года. Разрешенное количество зарегистрированных лиц на одного врача – 1500_2300, с исключениями, допускаемыми для отдаленных районов или небольших островов. В октябре 1997 года декретом министра социальных дел была утверждена характеристика работ семейного врача (список услуг, которые должны предоставляться семейными врачами) и порядок финансирования. Установленная диспетчерская функция соблюдается не всегда, сохранился прямой доступ к таким врачам как офтальмологи, дермато-венерологи, гинекологи, психиатры, фтизиатры и, конечно, стоматологи, а также травматологи и хирурги в случаях травм. Для того, чтобы семейные врачи не удерживали пациентов от обращений к специалистам, направления ко всем специалистам оплачиваются отдельно больничной кассой. Планировалось постепенное проведение трансформирования первичной медицинской помощи путем введения системы семейных врачей для замены старой системы. Было подсчитано, что необходимые услуги могут быть обеспечены 808 семейными врачами. В 1998 году, 91 семейных врачей и педиатров приступили к работе в качестве частных независимых или совместных подрядчиков с больничными кассами в рамках новой финансовой структуры. В начале июля 1999 года количество контрактов нового типа на основе подушевого принципа составляло 324 по которым работало 493 семейных врача совместно или индивидуально. Но вначале само регистрация людей происходила медленно, к ноябрю 1997 года в некоторых округах был достигнут уровень 80% охвата населения. Реформа потребовала высокоразвитых технических возможностей, например, выполнение сравнения списков пациентов зарегистрированных к врачам, что возможно было сделать благодаря инвестициям, сделанным ранее в информационную технологию больничной кассы. Порядок финансирования состоит из 4 типов оплаты:

а) ежемесячная подушевая оплата за каждое зарегистрированное лицо, покрывающая большинство услуг, оказываемых семейным врачом;

б) оплата за дополнительные услуги, указанные в характеристике работ;

в) основное начисление на развитие инфраструктуры – оборудования;

(г) дополнительно плата на развитие образования семейного врача;

д) дополнительная оплата за работу в удаленных районах.

Некоторые округа ввели новую систему в полном виде, в иных – новая и "старая" система

оплаты методов финансирования применяются параллельно. В общем, можно сказать, что темп изменений происходил быстрее, а позитивные моменты, ожидаемые от введения реформы, были более явны в сельской местности и в окружных центрах. Столица Таллинн оказалась наиболее консервативной и критичной. Это можно объяснить тем, что в Таллинне работает очень большое количество врачей специалистов и имеется большое количество крупных поликлиник. Другие производители первичной медицинской помощи как и специализированные амбулаторные услуги оплачиваются все еще на баз гонорарной платы за услугу, согласно предлагаемым услугам, до предельной лимитной суммы в соответствии с контрактом с больничной кассой. За единицу расчета принимается консультационный визит, в который входит описание болезни и обследование, диагноз, начальный этап лечения, выписка рецептов, рекомендации по улучшению состояния здоровья и профилактике заболевания, заполнение медицинской документации, простой медицинский вид лечения как, например, бинтование или инъекции, самые первые обычные лабораторные исследования. Если требуется проведение других лабораторных исследований или методов лечения, то они оплачиваются согласно ценам, установленным за эти услуги. Счета представляются в больничную кассу по каждому случаю, а не за отдельный визит. Вторичная и третичная медицинская помощь услуги вторичной медицинской амбулаторной помощи в Эстонии оказываются специалистами в поликлиниках, поликлиническими отделениями больниц и специалистами, ведущими свою собственную практику. Эти производители заключают контракты с больничными кассами и их услуги оплачиваются по гонорарному методу оплаты за услугу до лимитных сумм, обусловленных контрактом. Большинство специалистов – производителей медицинской помощи являются государственными. Частный сектор более развит в стоматологии, гинекологии, урологии, отоларингологии и офтальмологии. Частные производители могут заключать контракты с больничными кассами, но услуги оплачиваются согласно установленному списку цен государственного медицинского страхования. Частные производители

могут назначать более высокие цены, в таких случаях соплатежи пациентов покроют разницу. Стационарная система в Эстонии в географическом смысле значительно децентрализована и перенасыщена, намного превышая потребности населения. В течение советского периода возможности стационаров были увеличены по причинам военной стратегии. До 1991 года существовало около 120 больниц, оказывающих услуги для Эстонского населения. В итоге это составляло 18 тыс. коек, или более чем 113 на 10 тыс. жителей. Стационарные услуги включали в себя не только оказание помощи в острых случаях, но также долгосрочную помощь и стационарные психиатрические услуги. В настоящее время, стационарная система оказания помощи в острых случаях официально состоит из двух уровней помощи. В дополнение к первичной помощи, которая оказывается в таких поликлинических службах как амбулаторные центры, поликлиники или семейными врачами, в больницах имеется вторичная и третичная медицинская помощь. Однако, в действительности можно различить три уровня стационарной помощи. На нижнем уровне имеются небольшие "муниципальные" больницы, в которых имеется от 40 до 60 коек. Они обеспечивают терапевтические медицинские услуги и долгосрочную помощь. Следующий уровень вторичной помощи состоит из 37, так называемых, окружных больниц, расположенных в окружных центрах, в которых имеется около 300 коек, в среднем от 180 до 200 коек. Многие окружные больницы были построены между 1970 и 1988 годами. Эти больницы оказывают множество специализированных услуг, обычно терапевтические, кардиологические, хирургические/ортопедические, акушерско-гинекологические, педиатрические, неврологические. Самыми высшими учреждениями вторичной медицинской помощи являются больницы в Таллинне и Тарту, имеющие лицензии третьего уровня. Больницы в Тарту являются также обучающими больницами в качестве медицинских клиник медицинского факультета Тартуского университета и образуют одну большую университетскую клинику. В этих больницах оказываются высоко специализированные услуги, и в них имеются все ключевые технологии, которые необходимы в соответствии с международными стандартами. Больницы третичной медицинской помощи также обеспечивают стационарную помощь вторичного уровня в своих регионах. Помимо университетской клиники существует ряд других специализированных больниц также в Таллинне. Это – Таллиннский онкологический центр, психиатрическая больница, больница венерологических заболеваний и инфекционная больница в Таллинне. С начала 90-х годов количество больниц и больничных коек значительно снизилось. В Период между 1991 и 1995 годами более

одной трети от 18 000 коек было закрыто, как в небольших больницах, так и в крупных. После установления системы лицензирования стационаров в 1994 году, количество больниц и больничных коек продолжало снижаться, так как небольшие больницы (которые практически обеспечивали долгосрочную медицинскую помощь) были лишены лицензий на предоставление помощи вострых случаях и превращены в дома сестринского ухода. В 1996 году, в Эстонии было 83 больницы, из которых 78 – муниципальные или государственные и 5 частных. Общее количество больничных коек было 11370. Их тех больниц, которые потеряли свои лицензии, 23 превратились в дома сестринского ухода, финансируемые муниципалитетами. Некоторые больницы были реорганизованы в центры первичной медицинской помощи, обеспечивающие амбулаторную помощь. Однако, еще можно заметить, что медицинское страхование оплачивает долгое пребывание пациентов в больнице, в основном, чаще всего по социальным показателям, а не по медицинским. Введение реформы продолжается в том же направлении, взятом ранее. Были выполнены подготовительные работы для определения критериев на минимальное количество определенных процедур, которые должны выполняться в специализированных отделениях. Это можно было бы отнести к лицензированию отделений. Критерии должны стать основой для контракта в больничных кассах. Есть надежда, что в результате, у больниц будет стимул для того, чтобы начать координированное обеспечение специализированных услуг в и между округами.

Услуги производителей медицинской помощи оплачиваются согласно контрактам, подписанным с региональными больничными кассами. Для выполнения платежей используется список цен (прайс-лист), который был разработан Комитетом по медицинским услугам и ценообразованию (в Министерстве социальных дел). Прайс-лист был введен в действие приказом Министра социальных дел. При оплате услуг региональные больничные кассы не могут превышать стоимость услуги, но производители медицинских услуг могут предлагать цены на 20% ниже указанных. Но это случается редко. В начале года региональные больничные кассы проводят переговоры с больницами по обсуждению условий контрактов. Условия контракта обуславливают набор услуг, предоставляемых за оплату и их стоимость. В контракте указывается предельная сумма для итоговых платежей. Больницы получают платежи в соответствии с предъявленными счетами за каждого пациента. Основой контракта на последующие годы обычно являются те услуги, которые были предоставлены за предыдущий год. В период проведения переговоров региональные Советы о медицинском страховании утверждают предлагаемые контракты. В стационарных

службах за единицу расчета принимается один койко-день, что включает в себя историю болезни, обследование, постановку диагноза и предлагаемое лечение, сестринский уход, питание, простые медицинские услуги и лабораторные исследования и лекарственные средства. Стоимость всех дополнительных необходимых процедур, операций, лабораторных исследований будет добавлена всчет, направленный в больничную кассу, согласно списку цен на все услуги. Стоимость однокойко-дня может быть различной в зависимости от специализации услуги (общая хирургия, кардиология и т.д.) и основана на среднем периоде пребывания в стационаре. Если пребывание в стационаре длится дольше среднего периода пребывания, расходы на дополнительные дни возмещаются по более низкой ставке (стоимость одного койко-дня при долгосрочном лечении). За последние годы в ценообразовании стала развиваться тенденция ухода от детального расчета гонорара за оказанную услугу, и вводиться в действие, так называемый, метод составных цен (подобно КСГ) для некоторых хирургических операций (удаление аппендикса, протезирование тазобедренного и коленного сустава) а также при обычных родах. Оплата услуг врача. Большинство врачей получают заработную плату за оказание услуг. Размер заработной платы назначается на местном уровне самими больницами. В результате, точные уровни доходов врачей не известны для общественности. Государством фиксируется только минимальный уровень зарплаты для всех работников, независимо от рода их деятельности. В Министерстве социальных дел имеется информация о средних уровнях заработной платы работников государственных и муниципальных больниц. Больницы подотчетны двум организациям: за оказание медицинских услуг – больничной кассе, и за финансовое управление – владельцу больницы, в основном, муниципалитетам. Большинство больниц руководят главные врачи, но за последние годы наряду с руководителями больниц, имеющими медицинское образование, стали назначать на эту должность и руководителей имеющих экономическое образование. Больницы вполне независимы в принятии своих решений по ремонту помещений, найму и назначению заработной платы для персонала. Инвестирование капитала является проблемой для больниц, так как многие из них находятся в плохом состоянии и требуют хорошего содержания. При продаже зданий (что требует получения разрешения от муниципалитета), доход направляется напрямую к владельцу (в муниципалитет). Однако, больницы могут получать доход путем сдачи в аренду помещений частным предприятиям (холлы больниц – в аренду банкам и магазинам). Такой доход является налогооблагаемым, но может быть удержан больницами для себя. Больницы также могут (при условии получения

подтверждения от своих муниципалитетов) брать денежные суммы займы в финансовых учреждениях. В случае дефолта еще должны быть предусмотрены обязательства. Приобретение высокотехнологичного оборудования. Приобретение оборудования является правом и ответственностью производителя, так как эксплуатационные расходы были рассчитаны в ценах на услуги медицинского страхования, за исключением некоторого самого дорогостоящего оборудования как например, МРВ (магнитнорезонансное видение). Относительно приобретения оборудования Эстония испытала "гонку вооружений" больниц, при обретающих оборудование, которое они не могли использовать в полную силу. Это происходило из-за требований к лицензированию, одним из критериев которых, было наличие специализированного оборудования, необходимого для получения лицензии, при этом не существовало такого критерия как рабочий объем. Были испробованы меры по координации приобретений с целью обеспечения экономической стабильности путем учреждения Комитета медицинских технологий, который был образован в феврале 1995 года при Министерстве социальных дел, чтобы координировать деятельность в приобретении и использовании высокотехнологичного оборудования. Комитет состоит из представителей Министерства социальных дел, центральной больничной кассы, Эстонской медицинской ассоциации и союза больниц. Согласно постановлению, все приобретения оборудования на сумму свыше 350 000 ЕЕК (30 тыс. USD) должны быть утверждены Комитетом с той целью, чтобы оказываемые услуги были бы приемлемы для финансирования больничной кассы. Однако, на практике этого не получилось и попытка координации приобретений оборудования не была эффективной как ожидалось. Имеются больницы, которые с трудом пытаются выплатить займы, взятые на покупку оборудования. Общественная помощь С момента вновь обретенной независимости стала развиваться и вводиться новая концепция обеспечения социальными услугами, стратегическими целями которой являются следующие:

- реструктурирование и снижение организационной деятельности по институциональной

- помощи;

- развитие системы "открытой помощи" Закон по социальному обеспечению, который вступил в силу с апреля 1995 года, определяет задачу социального обеспечения как оказание помощи отдельным гражданам или семьям с целью предотвращения, уничтожения или смягчения проблем, возникающих в управлении, и предоставления помощи отдельным гражданам имеющим особые социальные требования в достижении социальной защиты, развития и адаптации к

обществу. Организация оказания услуг является ответственностью муниципалитета. Долгосрочный уход для хронически больных граждан обеспечивается домами сестринского ухода, которые финансируются из государственного и муниципального бюджетов. Количество домов сестринского ухода увеличилось за последние годы, в связи с тем, что существовавшие ранее небольшие больницы, которые не смогли получить лицензии на оказание помощи в острых случаях заболеваний, были затем превращены в дома сестринского ухода. Такое превращение поддерживается фондами путем финансирования из государственного бюджета на расходы по ремонту.

Лекарственные средства. Реформа фармацевтического сектора в Эстонии завершена. Целью реформы являлось учреждение регулирующих органов, создание законодательной базы, введение действующей системы возмещений и осуществление шаг за шагом приватизации в этом секторе. В настоящее время еще требуется дальнейшее совершенствование определенных областей, но уже нет необходимости проведения самой реформы. В действительности, фармацевтический сектор в Эстонии в настоящее время очень близок по структуре к тем, которые имеются в Европейском Союзе (ЕС). Организация фармацевтического сектора Законодательной базой в отношении лекарственных средств являются Законы о медицинских продуктах и связанные с ними многочисленные подзаконные акты, имеющие более детально разработанные положения. Законодательная система в отношении лекарственных средств, в основном, была сбалансирована с системой ЕС, но небольшие различия все же имеются. Государственное агентство лекарственных средств, орган подчиняющийся Министерству социальных дел, осуществляет контроль за всей фармацевтической деятельностью включая новые технологии. Вся фармацевтическая деятельность (производство, оптовая продажа, розничная продажа и больничные аптеки) лицензируется. Специальное Управление по лицензированию выдает лицензии, которые подлежат проверке, от имени Министерства социальных дел. Для того, чтобы начать производство какого-либо лекарственного продукта требуется обязательное соблюдение стандарта НПП (нормальная производственная практика). Агентство также выдает разрешения для выпуска на рынок лекарственных средств и утверждает клинические испытания, которые должны быть проведены в Эстонии. Цены на лекарства регулируются действующей системой ценообразования, которая работает по системе расчета стоимости плюс установленные пределы прибыли. Это является обязательным для всех оптовых компаний и аптек ведущих розничную продажу. Так как система является эффективной, нарушения в установлении цен довольно редки.

В 1998 году в Эстонии было 8 лицензированных производителей лекарственных средств. Все производственные единицы в Эстонии вместе могут производить более 100 различных лекарственных средств (как активные материалы), многие из которых входят в Список Основных Лекарств. Продукция местного производства заполняет примерно 10% рынка. Оптовая продажа лекарственных средств Все оптовики лекарственных средств являются частными. Три самых крупных оптовых дилера осуществляют более 80% оборота. У них имеются отличные помещения, компьютеризированные системы логистики и хорошо функционирующие распределительные сети.

В 1998 году в Эстонии было 250 аптек розничной продажи, из которых 235 находятся в частной собственности, 13 – муниципальных и 2 аптеки принадлежат Тартускому университету. Национальная политика использования лекарственных средств С 1992 года в Эстонии имеется свой собственный список основных лекарств и общей практикой является использование лекарства общего типа. Но сейчас применение лекарств не ограничивается списком основных лекарств и уже появилось множество новых лекарственных средств для использования. Вся информация о всех зарегистрированных лекарствах в Эстонии контролируется властями и публикуется в сборнике данных, который называется Pharmasa Estica. В 1995 году было выпущено первое издание Национального Формуляра предписаний (наподобие британского БНФ) для врачей. Выходящий раз в два месяца и независимый от производства Информационный Бюллетень Лекарственных Средств распространяется бесплатно большей частью среди врачей и через государственное фармацевтическое агентство среди фармацевтов. Некоторые больницы используют больничные рецепты, и уже были созданы и введены руководства по некоторым видам лечений. Однако, существенно необходимо создание большего количества руководств по видам лечений Потребление и возмещение по медицинскому страхованию Оборот аптечной розничной продаж постоянно растет, достигнув итоговой суммы в 633млн. эстонских крон в 1997 году. Потребление лекарственных средств на душу населения в 1997 году (розничная продажа + оборот больничных лекарственных средств в 760 млн. эстонских крон) может быть определен как 511ЕЕК или 36 USD. С 1 апреля 1993 года в Эстонии функционирует система возмещения расходов на лекарства, приобретаемые в аптеках. Расходы на определенные лекарства свыше суммы в 20 ЕЕК могут быть возмещены в размере 100% или 90%. Система 100% или 90% возмещения основана на списках основных лекарственных средств (государственных и ВОЗ) и состоит из положительных списков.

Однако, расходы на предписанные лекарства, которые не указаны в положительных списках, могут быть возмещены на 50%, если сумма расходов превышает 50 ЕКК – 200 ЕКК по рецепту. Как правило, стоимость лекарств купленных без рецепта, витамины и минеральные добавки, сборы трав и т.п. не возмещается. Полное описание системы возмещения еется на английском языке и по запросу его можно получить в Государственном Агентстве Лекарственных Средств. Расходы на компенсацию стоимости лекарственных средств в бюджете медицинского страхования постоянно растут за последние годы, порождая необходимость принятия мер по сдерживанию стоимости и усилий, способствующих более эффективной деятельности врачей при выписке рецептов. В настоящее время идет подготовка к принятию списка соответствующих цен подлежащих возмещению.

Решающие факторы и цели Причинами необходимости проведения реформы в здравоохранении были следующие:

- в системе здравоохранения был переизбыток стационарных возможностей и специализированных врачей для нужд эстонского населения;

- наряду с переизбытком в секторах вторичной и третичной медицинской помощи существовала непропорционально слабая и не развитая система первичной медицинской помощи;

- так как медицинские услуги были бесплатны для каждого, фактические расходы здравоохранения едва учитывались.

В то же самое время произошел развал экономики Советского Союза, начался период большой инфляции и экономических тягот. Чтобы не продолжать поддерживать уже перегруженную сеть производителей в ситуации гиперинфляции, началось введение реформ с целью совершенствования эффективности и качества системы медицинской помощи. В каком то смысле, экономический коллапс, по-видимому, рассматривался как возможность для проведения реформы. Содержание реформ и законодательство Реформы в здравоохранении начались одновременно с реформами в системе финансирования. Первый проект закона о медицинском страховании был подготовлен в 1989 году, представлен в Эстонский Парламент на следующий год и утвержден в июне 1991 года. Это случилось до момента получения политической независимости. Закон о медицинском страховании действует с января 1992 года и созданная в результате действия этого закона система более детально описана в предыдущих разделах. Закон о медицинском страховании и регламентирующие акты (прайс-лист на услуги) подвергались изменениям в свете полученного опыта в результате реализации закона. Прайс-лист ежегодно обновляется. Децентрализация системы оказания медицинских услуг была

обусловлена Законом об организации медицинской помощи, который был утвержден в марте 1994 года и находится в силе с апреля 1994 года. Можно сказать, что начало реформ в оказании медицинской помощи относится к тому времени, когда на медицинском факультете Тартуского университета были образованы курсы для переподготовки по специальности – семейный врач (в 1991 году), и когда эта специальность была официально признана в 1993 году. Начиная с 1998 года почти 400 врачей в системе первичной медицинской помощи начали работать с больничными фондами как частные независимые врачи общей практики или объединенные в группы по новым контрактам на базе подушевого норматива. В 1994-1995 гг. был подготовлен законопроект о ведении семейной практики и впоследствии был расширен до охвата им всей системы первичной медицинской помощи, затем переписан как Закон о первичной медицинской помощи. Этот закон обуславливает финансовые источники а также обязательства, функции и права различных держателей контрольного пакета акций в оказании первичной медицинской помощи. Однако, этот Закон еще не вступил в силу, и реформа была начата декретом Министра социальных дел, который был основан на Законе об организации медицинской помощи. В короткие сроки было введено регламентирование развивающегося фармацевтического рынка. В течение 1993_1994 годов был подготовлен Закон о лекарственных средствах и представлен Эстонскому правительству и в парламент. Однако он не был утвержден до декабря 1995 года. Между тем, рынок лекарственных средств регулировался через министерские регламентирующие акты, известные как постановления. Регламентирование деятельности производителей медицинской помощи осуществляется через министерские акты по лицензированию и аккредитации. Этот процесс был начат в 1994 году. Реорганизация государственной системы здравоохранения была официально утверждена Законом о здоровье населения, который был принят Эстонским парламентом в июне 1995 года. Закон устанавливает статус, структуру, функции и финансирование сети общественного здравоохранения в Эстонии. Следует повысить внимание к общественному здоровью и условиям труда в контексте получения доступа в Европейский Союз. Первоочередной задачей было обеспечение прав пациентов и в течение 1993_1995 годов был подготовлен законопроект о правах пациентов и направлен в Эстонское правительство в сентябре 1995 года. Представление этого Закона в парламент а также прецедент первого судебного иска, возбужденного в связи с нарушением медицинской практики в 1995 году, повысили важность подготовки закона, направленного на защиту медицинского

персонала. Закон еще находится в парламентских чтениях. Благодаря этим реформам в Эстонии появилась база для более эффективного планирования и управления системой оказания медицинской помощи и финансовыми источниками здравоохранения. Основные структурные реформы уже были проведены. Однако, необходимо укреплять навыки для выполнения более эффективного руководства, проведения анализа и планирования. Подготовка персонала такого калибра обычно потребует нескольких лет. Еще имеется потребность в более четком определении некоторых новых функций. Положение и обязательства окружных врачей еще необходимо прояснить. Система муниципальных врачей на практике еще не была проработана и должна быть еще раз определена. Децентрализацией создает также несколько случайных проблем в отношении отчетности больничного руководства. В 15 округах была осуществлена децентрализация в отношении планирования медицинской помощи и в 17 больничных фондах в отношении программ медицинского страхования. В результате появились единицы слишком малые, чтобы выполнять эффективное планирование и управление. Опыт незначительных покупательских единиц а также риски, ассоциированные со случайными дорогостоящими пациентами. Опыт других стран в области медицинского страхования предполагает минимальный размер единиц с точки зрения административной и экономической – от 400 000 до 600 000 застрахованных членов. Это могло бы оправдать покупательную способность 3 или 4 больничных фондов в Эстонии, что находится в соответствии с планами реформы на установление одной больничной кассы, имеющей 3_5 региональных филиалов, для ведения покупательской деятельности. Как говорилось выше, реформы в Эстонском здравоохранении начались с введения национальной системы медицинского страхования. Тоже самое происходило в стране и с основными политическими и экономическими реформами(как с реформой налогообложения). Подготовительный период для реализации оставался очень коротким и было недостаточно времени для тщательной подготовки мест проведения, в смысле подготовки персонала и информационных систем. В то время, для того, чтобы ввести новую концепцию финансирования медицинской помощи, более важным было использовать всеобщую общественную поддержку и ожидание перемен. Дальнейшие реформы в организации медицинской помощи, введении системы семейных врачей, изменений в государственной медицинской системе, проходили более постепенно и без долгого подготовительного периода. Реализация медицинского страхования оказалась успешной во многом благодаря тому, что политические партии поддержали медицинское страхование, а также благодаря политической стабильности 1993 – 1995 годов. Нельзя также

недооценивать важность поддержки руководством медицинской общественности. Менее успешно реформа проходила в области децентрализации системы медицинской помощи. Это произошло частично из-за отсутствия возможностей для осуществления планирования и администрирования на местном уровне. Также частично из-за намерения децентрализовать планирование на слишком малые единицы, такие как муниципалитеты. Функции для вновь созданных должностей были также еще не определены (напр., для окружных и муниципальных врачей), что выразилось в некоторых неясностях при реализации. Особенностью страны, которая повлияла на реализацию реформ, являлся тот факт, что медицинский факультет Тартуского университета является единственным образовательным медицинским учреждением в Эстонии. Все эстонские врачи получают свое образование в одном и том же университете и, следовательно, знают друг друга. Общее количество врачей в Эстонии – 4400, и многие активные врачи вовлечены в процесс развития реформ. Сегодняшние политики в области здравоохранения, а также руководство в администрации системы здравоохранения, чаще всего вышли из руководителей Эстонской медицинской ассоциации, той организации, которая руководила развитием реформ впервые годы после получения повторной независимости. Реформы здравоохранения, в основном, были инициативой профессиональных групп. Сотрудничество с международными организациями оказалось плодотворным, хотя и стоит отметить, что реформы изначально начинались на местном уровне. Партнеры в много – и двусторонних программах, и в международных агентствах, как Всемирный Банк, принимали участие в разработке развития Эстонии в контексте проблемных вопросов здравоохранения и реформ, происходящих в мире, особенно в Европе. А также, техническая помощь, оказываемая через реализацию программ, способствовала проведению анализа и оценке усилий и результатов. При планировании будущего, внимание должно быть обращено на растущий интерес населения к состоянию своего собственного здоровья, и также к системе здравоохранения. Важность своевременной и достаточной общественной информации по планируемым изменениям повышается с каждым днем с ростом информированности о правах потребителя в ежедневной жизни как и в системе медицинской помощи. Успешная реализация реформ в здравоохранении сегодня, еще не отражается однако в конечной цели деятельности медицинского сектора в стране – способствовать улучшению здоровья населения. Состояние здоровья эстонцев ухудшилось в первой половине 1990_х годов, что типично для стран, находящихся в переходной стадии экономики и политики. Хорошее здоровье населения является достижением всего

общества, и Эстония предпринимает действия в направлении интегрированного подхода к обеспечению безопасной, стабильной и благоприятной среды для своих граждан. По материалам публикации "Изменения в системе здравоохранения Эстонии". Подготовлено Эстонской центральной больничной кассой.

Вопросы и задания:

1. Дайте характеристику организации медицинского здравоохранения в Эстонии.

2. Какой опыт в организации здравоохранения в Эстонии можно использовать в России и при каких условиях?

Кейс №6

Здравоохранение в ФРГ: Достижения и проблемы "Здравоохранение за рубежом" 2007 г. №5

В Германии Вы не найдете людей, которые не могут позволить себе новую вставную челюсть, годами вынуждены ждать той или иной операции или не застрахованы на случай болезни. У каждого есть право на медицинское обслуживание, и им пользуются все. Для этих целей Федеративная Республика содержит одну из наиболее разветвленных сетей врачебного наблюдения и больничных учреждений в мире, а располагает высоким уровнем медицинского оборудования, выдающимися научно-исследовательскими институтами и университетскими клиниками, а также мощной медицинской промышленностью, занимающейся разработкой новых медикаментов и методов лечения. Однако всё это имеет свою цену, стремительно растущую на протяжении ряда лет. И в этом плане возможности даже такой богатой страны, как Германия, не безграничны. Поэтому в Федеративной Республике ведутся дискуссии о том, как сохранить существующий высокий уровень и обеспечить его финансирование. В результате было решено провести реформы, предусматривающие существенные изменения к 2007 году. Их основное содержание сводится к тому, что врачам, больницам и производителям лекарств следует быть готовыми к заметным сокращениям расходов. Данная публикация предлагает познакомиться с основными элементами системы здравоохранения Германии, состоянием ведущихся дискуссий и намеченными реформами. Система здравоохранения в Федеративной Республике Германия Федеративная Республика, в которой проживает приблизительно 82 миллиона человек, располагает интенсивно развивающейся системой здравоохранения. В 1970 году в здравоохранении работало 1,03 млн. человек (3,9% всех занятых),

сегодня их численность увеличилась вдвое, достигнув 2,1 млн., что соответствует доле в 7,4%. Если сюда еще прибавить тех, кто косвенным образом связан со здравоохранением, то тогда количество занятых возрастет уже до 4,5 млн. Оборот отрасли составляет около 260 млрд. евро. Таким образом, здравоохранение представляет собой одну из наиболее важных сфер занятости в Германии, обеспечивая более 10% объема валового национального продукта. И, тем не менее, здравоохранение критикуют. Несмотря на высокие расходы, уровень сопоставимых медицинских услуг порой заметно уступает тому, который предлагается в других странах. Совсем недавно заголовки печатных изданий были посвящены, главным образом, плохой профилактике раковых заболеваний у женщин. "Нельзя закрывать глаза на то, что затраты данной системы при сравнении в международном масштабе уже никоим образом не соответствуют получаемым результатам, которые зачастую оказываются посредственными или даже ниже среднего уровня", – критически заявляла в декабре 2001 года Федеральный министр здравоохранения г-жа Улла Шмидт. "Показатели продолжительности жизни, чем в других европейских государствах, а наиболее современные медицинские методы лечения используются только в отношении менее 50 процентов всех больных инфарктом миокарда. Положение дел с предоставлением специфических медицинских услуг для женщин, особенно, при профилактике рака молочной железы, настолько неудовлетворительно, что является, в равной степени, причиной, как ненужных ампутаций, так и запоздалой постановки диагноза, в результате чего успешная терапия становится невозможной". Государственные больничные кассы и частные страховые компании В Германии каждый имеет право на медицинское обеспечение и уход. Основу системы здравоохранения образуют государственные больничные кассы, расходы которых только на медицинское обслуживание их членов составляют около 133 млрд. евро в год, причем отмечается устойчивая тенденция их увеличения. На услуги государственных больничных касс приходится приблизительно 55% общего оборота отрасли. В Германии порядка 72 млн. человек, т.е. более 90% населения застрахованы на случай болезни в одной из 396 различных государственных больничных касс. 7,5 млн. граждан решили доверить охрану своего здоровья частными страховыми компаниями. Между обеими системами существует принципиальная разница. Государственные больничные кассы предлагают всем своим членам одинаковые услуги, однако, размер взносов устанавливается исходя из величины индивидуальной зарплаты каждого. В настоящее время сумма взносов в зависимости от больничной кассы колеблется в пределах 15% дохода. Этот взнос делится пополам между работодателем и

работником. За людей, не имеющих дохода и поэтому живущих за счет выделяемых государственных средств, страховые взносы на случай болезни оплачивает государство. Такие группы населения, как студенты могут заключать договора страхования на особенно выгодных условиях. При страховании на случай болезни в частной компании сумма взноса устанавливается не на основании величины дохода, а в зависимости от набора услуг и риска заболевания. Вследствие этого молодые люди платят меньше пожилых, люди с крепким здоровьем – меньше людей, страдающих хроническими заболеваниями или подверженных аллергии. Решение о выборе частной или государственной больничной кассы имеет далеко идущие последствия: те, кто однажды избрал для себя частную форму страхования, чтобы, будучи молодым страхователем, экономить на больших суммах взносов, позже уже не могут вернуться в государственную больничную кассу. А это может стоить немалых денег: так, например, в случае предусмотренного законом страхования на случай болезни супругов договором предусматривается бесплатное страхование детей в возрасте максимум до 25 лет. При частном страховании на случай болезни такого положения нет. Там следует платить взнос за каждого застрахованного. Тот факт, что более 90% населения застрахованы в государственных больничных кассах, объясняется довольно просто: членство в них является обязательным, если сумма валового месячного дохода не превышает 3375 евро. Те, кто зарабатывают больше, могут решать самостоятельно, как и насколько они хотят себя застраховать. Ежегодно устанавливается новый предельный размер доходов для обязательного страхования. Каждый волен сам выбирать для себя государственную кассу, членом которой он хотел бы стать. Большинство касс, за исключением тех, что специализируются на страховании горняков, моряков и фермеров, можно выбирать вне зависимости от места жительства. Многочисленные больничные кассы предприятий, созданные специально для того, чтобы заниматься страхованием сотрудников отдельных компаний, за последние годы также стали доступны всем страхователям. Хотя пакеты предоставляемых больничными кассами услуг сходны между собой, смена одной из них на другую может представлять интерес. В частности, благодаря переходу можно сэкономить несколько сот евро в год, поскольку суммы взносов иной раз заметно отличаются друг от друга. Так, например, в начале 2002 года некоторые больничные кассы Германии увеличили размеры обязательных взносов до 14,9% от валового дохода, в то время как в других кассах они все еще составляли порядка 13,5%. А ряд касс даже принимали взносы размером менее 13%. Подобное различие сумм членских взносов нередко связано с тем, что в некоторых кассах

застраховано особенно много пациентов с "дорогими" заболеваниями или же у них – "неблагоприятная" структура членов. У кассы, членами которой состоит много пожилых людей, болеющих чаще, как показывает опыт, расходы – при равной сумме получаемых взносов – выше, чем у такой же по величине кассы с большим количеством застрахованных молодых людей. Причиной более крупной суммы взносов может так же служить слишком большое количество сотрудников административного аппарата или разветвленная филиальная сеть. Разными могут быть и цены. Например, расходы на стационарное лечение в больницах крупных городов выше, чем в клиниках, расположенных в сельской местности. С 1 января 2002 года те, кто хотел бы сменить больничную кассу, могут это сделать практически в любое время. Сроки расторжения договора колеблются в пределах восьми – двенадцати недель. В силу непродолжительности этого периода законодательно установлено, что членом вновь выбранной кассы необходимо оставаться, по меньшей мере, в течение 18 месяцев. Специальное право на расторжение договора предоставляется в случае смены работодателя, безработицы, выхода на пенсию или начала трудовой деятельности, а также в случае увеличения суммы взноса независимо от того, истекли уже 18 месяцев или нет. Сменой касс пользуются, прежде всего, здоровые и хорошо зарабатывающие страхователи. В 2000 году свою больничную кассу сменило 1,2 миллиона страхователей, при этом среди них было лишь 800 больных с хроническими заболеваниями.

Германия не испытывает недостатка врачей: их насчитывается 294 тысячи, т.е. один врач приходится на 279 жителей. Это один из наиболее высоких показателей в мире. Десять лет назад один врач статистически обслуживал еще 329 жителей, в 1960 году – приблизительно 703 или почти в два раза больше. К этому количеству следует добавить около 52 тысяч стоматологов, имеющих частную практику или работающих в клиниках и административных учреждениях. Это почти на 20 тысяч больше, чем в 1960 году. Другие высокоразвитые европейские государства обходятся гораздо меньшим количеством врачей. Если в Германии на каждую тысячу жителей приходится в среднем 3,6 врача, то в Великобритании этот показатель составляет 1,7, а в Швейцарии – 1,9. Во Франции 1 тысячу жителей обслуживают 3 врача. Особенно большое количество врачей отмечается в районах с высокой плотностью населения. Так, например, в столице страны – Берлине, являющемся крупнейшим городом Германии с населением в 3,5 миллиона человек, один врач приходится на 194 жителя. Другими словами, каждую тысячу жителей обслуживают более пяти врачей. Большинство врачей работают либо в больницах, либо

самостоятельно ведут частную практику. Всё чаще несколько врачей объединяются для открытия совместной практики, чтобы иметь возможность предлагать более качественное обслуживание и более широкий набор специальных услуг. В настоящее время в Германии из 294 тысяч врачей 139 тысяч трудится в больницах, 120 тысяч имеют собственную практику, приблизительно 8 тысяч работают в частных клиниках. Остальные заняты в других областях, например, в управленческих органах, профессиональных объединениях или на предприятиях. Для того чтобы приостановить так называемый наплыв врачей, с 1999 года были введены нормы, усложняющие открытие частной врачебной или стоматологической практики. Врачи могут открывать свою практику лишь в том случае, если устанавливается наличие соответствующей потребности. По этой причине молодые врачи всё чаще стремятся вступить во владение практикой своих коллег, уходящих на пенсию. Предельным возрастом выхода на пенсию считается 68 лет. Перешагнувшим этот возрастной рубеж вести частную практику не разрешается. В Германии каждый волен выбирать лечащего врача или стоматолога по своему усмотрению. В случае болезни страхователь обращается к своему "домашнему" доктору – как правило, терапевту, у которого он или она наблюдаются уже длительное время, или непосредственно к врачу-специалисту. Лечение предоставляется страхователю бесплатно. Пациент предъявляет свой страховой полис, расходы врача оплачивает больничная касса. Пациенты, застрахованные частным образом, наоборот, сначала сами платят за лечение, а затем получают возмещение понесенных расходов от своей страховой компании. Те, кто застрахован согласно предусмотренным законом нормам страхования на случай болезни, должны учитывать одно небольшое ограничение: они могут обращаться лишь к тем врачам, которые ведут врачебную практику в качестве так называемых договорных врачей. Только они готовы оказывать услуги по тарифам, установленным больничными кассами. И поскольку более 90 процентов жителей Германии застрахованы в государственных больничных кассах, то за лечение их пациентов берутся практически все практикующие врачи. По состоянию на конец 2000 года амбулаторным лечением занималось около 127 тысяч врачей. И лишь 1500 врачей специализировалось исключительно на обслуживании пациентов, застрахованных в частном порядке.

На протяжении десятилетий также отмечался значительный рост количества больниц и, тем самым, расходов на лечение в стационаре. В 1991 году после объединения Германии насчитывалось 2411 больниц с 665 тысячами койко-мест – сегодня по статистике стало на 159 больниц и 100 тысяч койко-мест меньше. В настоящее время загруженность

находится на уровне приблизительно 82% – и то лишь за счет того, что клиники, по мнению критиков, гораздо позже, чем нужно выписывают своих пациентов. Средняя продолжительность пребывания в больнице составляет в Германии 10,4 дня. Другие европейские страны вылечивают быстрее: в Бельгии на это уходит в среднем 8,8 дней, в Италии – 7,3, в Австрии – 6,8, во Франции – всего лишь 5,6 дней. степени насыщенности больницами в Германии также можно судить по данным сравнения, проведенного в европейских странах. В 1999 году на 1 тысячу немцев статистически приходилось 92 больничных коек, а такие страны как Испания, Швеция, Португалия, Голландия, Дания, Великобритания, Ирландия и Греция обходились 50-ю и менее койками на 1 тысячу жителей. Роскошь существования особенно плотной сети больниц всё более заметно отражается на их бюджетах. В настоящий момент больничные кассы и страховые компании платят за медицинские услуги, предоставляемые клиниками, около 55 млрд. евро в год. На государственные больничные кассы из этой суммы приходится почти 45 млрд. евро, таким образом, треть расходной части своего бюджета они должны закладывать на больницы, что является самой крупной статьей расходов. Стоимость стационарного лечения в больнице составляет в среднем 300 евро в день. Особенно дорогостоящей является интенсивная терапия. День пребывания в отделении реанимации и интенсивной терапии стоит почти 800 евро. В Германии при возникновении необходимости проведения стационарного лечения пациент может сам выбрать для себя больницу. Обычно это происходит по согласованию с лечащим домашним врачом или врачом-специалистом, направляющим пациента в клинику. Как правило, врач выбирает близлежащую больницу, которая в состоянии предоставить соответствующее лечение. Расчет своих расходов больницы производят с больничными кассами. При стационарном лечении пациенты в индивидуальном порядке доплачивают 9 евро максимум за 14 дней в году. Дети и молодые люди в возрасте до 18 лет от такой доплаты освобождены. Профилактические и реабилитационные учреждения. В Германии не только больницы стационарно заботятся о здоровье населения. К ним следует также добавить 1398 профилактических и реабилитационных учреждений с 189 тысячами койко-мест. В 1991 году насчитывалось 1181 учреждение со 144 тысячами койко-мест. Количество подобных учреждений заметно возросло, в частности, после объединения Германии, что существенным образом сказывается на степени их загруженности. За тот же период времени в Западной Германии этот показатель снизился с 88% до всего лишь 72%. В Восточной Германии он возрос с 66% до 70%, в том числе из-за потребности наверстать упущенное. Тем не

менее, очевидно, что в целом сильно снизившаяся степень загруженности представляет собой еще один фактор увеличения расходов.

В Германии выписанное врачом лекарство можно купить только в аптеках. Их насчитывается 22155 (по состоянию на конец 2000 года). Данная монополия аптек на продажу лекарств, отпускаемых только по рецепту, представляет собой одну из многих причин высокого в международном сравнении уровня цен на лекарства. Продажа через Интернет в настоящее время в Германии запрещена. Соответствующие попытки зарубежных продавцов лекарств, пытавшихся за счет низких цен получить доступ к сегментам рынка в Германии, были пресечены судами. Не исключено, что Европейский Союз ликвидирует это препятствие, и поэтому Германия стремится найти общеевропейское решение относительно установления минимальных стандартов для продажи через Интернет лекарств, отпускаемых только по рецепту. Цель состоит в том, чтобы осложнить злоупотребление лекарственными препаратами через Интернет. В Европе интернет-аптеки уже стали обычным явлением, например, в Великобритании, Голландии, Дании и Швейцарии. Планы реформирования системы здравоохранения. Германская система здравоохранения страдает от высоких и всё возрастающих расходов. Одновременно с этим звучат критические замечания в адрес медицинских услуг. Основные проблемы состоят в следующем: о избыточная обеспеченность больницами и высокие расценки по уходу за больными; о избыточная обеспеченность врачами и стоматологами; о растущие взносы в больничные кассы; о высокие цены на лекарства. По всем четырем блокам проблем Федеральным правительством в 2001 году были приняты решения, которые намечено осуществить до 2007 года. Они призваны стабилизировать, а также по возможности снизить существующие цены. Больничные кассы: новая компенсация рисков Больничные кассы стоят перед дилеммой: постоянно растущие расходы на врачей и лекарства приводят к повышению взносов. Причина в том, что современная медицина становится все более дорогостоящей за счет использования дорогих приборов и современных лекарств. Поэтому все чаще на обсуждение ставится вопрос о том, за какие услуги вообще больничная касса должна платить. Какая медицинская услуга является необходимой, а что уже роскошь? Никто, например, не спорит о том, что косметическое подтягивание кожи в определенном возрасте делается ради личного удовольствия и поэтому не подлежит оплате со стороны больничной кассы. Однако должна ли касса платить в том случае, если кто-то обратился к врачу по поводу насморка? Должно ли и в дальнейшем оплачиваться лечение у психотерапевта? Сами больничные кассы также

фигурируют среди тех причин, которые привели к резкому увеличению расходов. Им ставится в упрек, что они работают с изрядными бюрократическими издержками и слишком большим количеством персонала. Поэтому законодательными органами были поддержан ряд инициатив, направленных на то, чтобы побудить кассы к введению более широкой конкуренции, пониманию необходимости снижения расходов и улучшению предоставляемых услуг. В настоящее время кассы конкурируют между собой, главным образом, за здоровых, молодых и хорошо зарабатывающих членов, которые платят высокие взносы, но вызывают низкие расходы. Страдают при этом те больничные кассы, в которых застраховано особенно много старых и страдающих хроническими заболеваниями людей. По этой причине в 1994 году законодателями была введена так называемая компенсация структурных рисков. Таким образом, кассы с небольшим контингентом "дорогих" пациентов выплачивают компенсацию тем кассам, которые должны обслуживать большое количество "дорогих" больных. Тем не менее, в финансовом отношении кассам выгоднее стремиться к привлечению большего количества молодых членов, чем заботиться о снижении расходов на услуги для более пожилых пациентов или больных с хроническими заболеваниями за счет оптимизации процесса управления курсом лечения. Кассы с более выгодными тарифами привлекают здоровых и молодых членов и могут за счет этого предлагать все более выгодные условия, в других же остаются пожилые и больные пациенты. Поэтому всё более крупные суммы перечисляются "богатыми" кассами на счета для выплаты компенсации структурных рисков "бедным" коллегам. В 1995 году таким образом было перераспределено 9,25 млрд. евро, а в 1999 году – уже 11,6 млрд. евро. Отсутствие у касс необходимых навыков управления процессом наблюдения за здоровьем разными путями приводит к солидным расходам: в Германии слишком часто назначают повторные обследования; так, например, если при смене врача теряются данные о состоянии здоровья пациента, то обследования проводятся только из-за того, что нет прежних результатов. Если бы кассы заботились об оптимальном обслуживании пациентов, страдающих хроническими заболеваниями, то они могли бы достичь весьма значительной экономии средств. Как показали проведенные исследования, в Германии 50% расходов на лекарства приходится лишь на 4% страхователей. Тем не менее, у касс всё равно отсутствуют планы лечения, содержащие подходы к тому, как можно одолеть то или иное заболевание и предотвратить дальнейшее ухудшение состояния здоровья. Своего рода ответом на неумение управлять процессом лечения станет последовательное изменение системы выплат компенсаций

заструктурные риски. Начиная с 2002 года, больничным кассам, взявшимся за разработку и реализацию программ лечения таких широко распространенных заболеваний как диабет, повышенное кровяное давление, рак молочной железы, болезней сердца и системы кровообращения, а также за лечение больных с хроническими заболеваниями будет выплачиваться вознаграждение. "Если нам удастся улучшить обеспечение медицинскими услугами людей, страдающих хроническими заболеваниями, то это станет важным вкладом в дело решения проблем предусмотренного законом страхования на случай болезни, возникающих по причин несварения общества, – считает Федеральный министр здравоохранения г_жа Шмидт. – Применение превентивных мер в более широком объеме поможет замедлить либо, соответственно, полностью исключить появление крупных затрат, что будет содействовать поиску ключа к проблеме контролирования расходов". Цель Федерального правительства состоит в том, чтобы в рамках таких программ добровольно обслуживалось 1,8 миллиона людей с хроническими заболеваниями. "Нам нужна конкуренция за оптимальные концепции предоставления =я услуг, а не конкуренция только за здоровых страхователей", – отметила г_жа Шмидт. Одновременно с этим в 2003 году будут сведены в одну группу риски, связанные с заболеваниями, требующими особенно дорогого лечения. Например, расходы на лечение больных, страдающих гемофилией, или пациентов с искусственной почкой должны будут распределяться между всеми кассами. Расходы, превышающие приблизительно 20 тысяч евро в год будут компенсироваться на 60%. В 2007 году вместо этой системы будет введена выплата компенсаций за структурные риски. Тогда кассам будет уже не выгодно стремиться заполучить конкурентные преимущества благодаря привлечению молодых и хорошо зарабатывающих членов. Врачи: лоцманы системы здравоохранения "Боги в белых одеждах" – как шутливо называют врачей, получающих в Германии очень высокие доходы, также вынуждены заниматься вопросами проведения сокращений и реформ. Уже на протяжении многих лет действуют ограничения на свободное открытие частной врачебной практики. Их цель заключается в том, чтобы предотвратить открытие собственной практики всё большим количеством врачей. Причина ясна: каждый новый врач, у которого в начале мало пациентов, стремится покрыть свои расходы за счет проведения как можно большего количества обследований, включая и те, без которых можно обойтись. Но причина увеличения расходов кроется не только во врачах, но и в пациентах. "Среди пациентов встречаются такие, кто ходит со своей историей болезни на карточке с чипом от врача к врачу, хотя с медицинской точки зрения в этом нет

никакой необходимости, – критически замечает министр здравоохранения г-жа Шмидт. Это и дорого, и не способствует успеху лечения". Поэтому Федеральное правительство намерено повысить престижность функций, осуществляемых домашним врачом. Домашний доктор это врач-терапевт, к которому, в принципе, следует обращаться в первую очередь при всех заболеваниях. Он принимает решение относительно дальнейшего лечения, консультирует пациента и направляет его при необходимости к соответствующим врачам специалистам ("лоцман"). Преимущество этой модели состоит в том, что таким образом можно было бы избежать двойного лечения, и вся информация стекалась бы у домашнего врача. Дискуссия ведется о том, чтобы пациенты, придерживающиеся такой системы, платили более низкие суммы взносов, а домашние врачи получали дополнительное вознаграждение за свои лоцманские услуги. Визит к стоматологу может оказаться в Германии дорогим удовольствием. Хотя работа зубного врача и расходные материалы, например, для пломб оплачиваются больничной кассой. Если требуется установка зубных коронок, то в таком случае предусмотренные законом кассы оплачивают лишь 50 – 60% стоимости "необходимого с медицинской точки зрения протезирования зубов". Если пациент из косметических соображений хочет поставить себе керамические зубы, то в таком случае дополнительные расходы он должен оплатить из собственного кармана. Пациентам с низким уровнем доходов обычное протезирование зубов оплачивается в полном объеме. Больницы: твердые расценки на каждого пациента Слишком большое количество больничных коек привело к сильному увеличению расходов. Поэтому к 2007 году будет отменено действовавшее до сих пор положение о том, что больницы устанавливают так называемые койко-тарифы и производят расчет в соответствии с ними. Коечный тариф это цена стационарного лечения одного пациента в соответствующем отделении больницы. За особые услуги как, например, операции производится дополнительный расчет. Койко-тарифы заметно различаются между собой в зависимости от того, насколько хорошо больницы умеют вести дела, какова стоимость используемого ими оборудования и каковы расходы на содержание персонала. Например, в федеральной земле Бранденбург один койко-день в хирургическом отделении стоит 145 евро, а в федеральной столице Берлине – 232 евро. День пребывания в родильном отделении стоит в Гамбурге 277 евро, а в южной части Германии (земля Баден-Вюртемберг) – 208 евро. С целью обуздания высоких расходов в будущем для отдельных видов заболеваний по австралийской модели будет устанавливаться единая фиксированная цена. Таким образом, будет определено, на какую сумму больница может выставить счет,

например, за рождение ребенка или операцию по удалению аппендицита, включая определенный срок пребывания в больнице. Это делает невыгодным удерживание пациентов в больнице дольше необходимого, чтобы иметь возможность включить в счет большее количество койко-дней. Наоборот, возникнет стимул лечить пациентов как можно скорее и лучше. Для того чтобы избежать снижения расходов за счет пациентов, будет введена система гарантированного контроля за качеством медицинских услуг. Так, например, медицинским службам больничных касс будут предоставлены более широкие права надзора, а больницам нужно будет составлять отчеты о качестве услуг, с которыми смогут знакомиться пациенты. До истечения 2002 года представителями больничных касс и больниц будут разработаны так называемые единые расценки на заболевания, которые с 2003 года будут вводиться на добровольной основе, а с 2004 года – в обязательном порядке. С целью смягчения финансовых последствий изменения будут вводиться постепенно и полностью вступят в силу лишь в 2007 году. Аптеки: больничные кассы будут оплачивать только более дешевые лекарства. Медикаменты являются существенным фактором повышения цен в системе германского здравоохранения. Врачи выписывают все более дорогие лекарства. А в Германии цены на лекарственные препараты и без того находятся на уровне выше среднего в мире. До сих пор все попытки остановить рост цен заканчивались неудачей. В период с 1993 по 2000 годы расходы на лекарства увеличились с 14 до 19,3 млрд. евро (плюс 38%). Стоимость в расчете на одно назначение врача возросла с 17,4 евро в 1995 году до 25,8 евро в 2000 м. В 2001 году Федеральное правительство отказалось от прежнего варианта составления бюджета, устанавливавшего бюджет на медикаменты для каждого региона. Отдельные врачи должны были придерживаться ориентировочных сумм стоимости лекарств, на приобретении которых они могли выписать рецепт. Если у врачей оказывались очень "дорогие" пациенты, и им приходилось выходить за рамки ориентировочной стоимости, то тогда "перебор" должен был возмещаться за счет всех остальных врачей данного региона. Это приводило к тому, что врачи переставали выписывать определенные лекарства, отчего страдали их взаимоотношения больными. После отказа от составления бюджета в 2001 году расходы на лекарства в очередной раз на 10% превысили и без того высокий уровень расходов 2000 года. "Диспропорциональное увеличение объясняется тем обстоятельством, что выписывалось много дорогих медикаментов, отмечало министерство здравоохранения. – Количество рецептов сохранилось приблизительно на прежнем уровне". В этой связи германский парламент в декабре 2001 года принял пакет законов об экономии расходов на лекарства, вступивших в силу уже в

начале 2002 года. Их основные положения сводятся к следующему назначению вместо медикаментов биологически активных веществ: с 2002 года врачи назначают только биологически активные вещества, а не препараты. В аптеке пациенты получают лекарство, содержащее назначенное вещество. При этом по закону аптека обязана подобрать один из пяти наиболее эффективных сточки зрения затрат препаратов. В качестве образца были использованы аналогичные правила, существующие в Голландии, США и Великобритании. В исключительных случаях врачи могут по-прежнему выписывать определенное лекарство. При помощи этих мер федеральное правительство думает сэкономить в течение первого года до 250 млн. евро; – большая скидка для государственных больничных касс: большинство медикаментов оплачивается в Германии государственными больничными кассами. Поэтому аптеки предоставляют им при возмещении затрат скидку в размере 5%. В 2002 году данная скидка будет увеличена до 6%, что должно помочь кассам сэкономить более 200 млн. евро; – новые рекомендации по применению медикаментов: совместный комитет из представителей врачебного сообщества и больничных касс должен произвести оценку медикаментов, содержащих сопоставимые биологически активные вещества или обладающих сравнимым терапевтическим эффектом, и установить для них соответствующую цену. Благодаря этому врачи получают общее представление об эффективных и, в то же время, недорогих лекарствах. За счет рекомендаций, адресованных врачебному сообществу, законодатели рассчитывают ежегодно экономить более 300 млн. евро; – взнос фармацевтической промышленности: между Федеральным правительством и фармацевтической промышленностью была достигнута договоренность о том, что последняя единовременно выплачивает кассам 205 млн. евро. Таким образом, промышленность должны платить часть прибылей, которые она смогла получить благодаря отмене прежней схемы составления бюджета; о сводный список медикаментов: в 2002 году Федеральное министерство здравоохранения должно утвердить список медикаментов, которые могут быть выписаны и должны оплачиваться кассами (так называемый сводный список). С этой целью министерство поручило одному из государственных институтов произвести проверку эффекта воздействия всех лекарств. В сводный список могут быть включены только те лекарства, применение которых эффективно и целесообразно. В Германии принципиально не подлежат возмещению расходы, связанные с покупкой лекарственных и болеутоляющих средств против простуды и кашля, терапевтические средства от болей в полости рта и горла, слабительные средства и лекарства от морской болезни. Они должны

оплачиваться в частном порядке. На протяжении многих лет личные доплаты со стороны каждого страхователя, получающего назначенные лекарства, являются одним из средств борьбы с излишне беспечным потреблением лекарственных средств и снижения финансовой нагрузки больничных касс. В зависимости от величины упаковки пациенты должны доплачивать четыре, четыре с половиной или пять евро. Однако это обязательное правило не распространяется на лекарства для детей, подростков и людей с низким уровнем доходов. Положение о так называемой фиксированной цене имеет свою специфику. Для дорогих лекарств существуют фиксированные суммы, призванные стимулировать ценовую конкуренцию. Если врач выписывает лекарство, которое стоит дороже фиксированной цены, то пациент должен сам доплачивать разницу – или выбрать равноценное лекарство, цена которого ниже фиксированной.

Пока еще продолжает вызывать споры так называемая карта больного, предоставляющая каждому врачу возможность немедленного доступа к истории болезни пациента. Например, те, кому приходится производить смену врача или переезжать в другой город, нередко сталкиваются с проблемой – им необходимо пересказывать свою историю болезни с самого начала. Зачастую нужны новые обследования, требующие бесполезной траты денег. Благодаря чиповой карте, хранящей информацию или устанавливающей доступ к электронной истории болезни, размещенной в сети Интернет, можно было бы избежать повторных обследований. Любой врач мог бы в течение нескольких секунд найти всю интересующую его информацию. Особенно полезным это могло бы оказаться в экстренных случаях. В настоящее время в ряде городов ведется работа над пилотными проектами, когда на добровольной основе тестируется использование историй болезни, хранящихся в электронном виде. Так, например, земля Северный Рейн –Вестфалия оказывает содействие в реализации пилотного проекта в Бонне, где семь больниц и ряд частнопрактикующих врачей создали единую компьютерную сеть для электронного обмена информацией о пациентах. Когда один из врачей-специалистов направляет своего пациента в одну из этих семи клиник, они получают доступ к его больничной карте, и поэтому им уже не нужно проводить многие обследования, вплоть до рентгеноскопии. Специалисты по защите данных критикуют подобные проекты, поскольку в них кроется потенциальная опасность несанкционированного доступа к информации личного характера. В этой связи особое внимание сейчас уделяется кодированию и обеспечению безопасности таких данных.

Вопросы и задания:

- 1. Какие основные успехи и проблемы в управлении здравоохранением ФРГ Вы можете назвать?**
- 2. Какие бы Вы предложили пути решения выделенных проблем.**

Кейс №7

Здравоохранение в Южной Корее (Источник: <http://viva-city.ru/articles/35>)

Благодаря применению медицинских технологий значительно выросла продолжительность жизни. Средняя продолжительность жизни мужчин возросла с 51,1 (1960 г.) до 75,7 (2006 г.). Данные продолжительности жизни среди женщин впечатляют ещё больше: с 53,7 (1960 г.) до 82,4 (2006 г.). Общий коэффициент рождаемости в 2007 г. был 10,1, а общий коэффициент смертности составлял 5,0. Смертность среди новорождённых также постепенно снизилась с 61 с 1000 рождаемых детей (1960 г.) до 5,3 на каждые 1000 рождённых детей (2005 г.). Общий коэффициент фертильности (fertility rate) резко снизился с 1.67 (1985 г.) до 1.13 (2006 г.). Однако, увеличение доли взрослого и пожилого населения и сокращение шкалы рождаемости изменили структуру семьи в Южной Корее. Взрослое население потребовало дополнительных расходов на медицинское обеспечение. Медперсонал: более 91000 врачей

В Южной Корее услуги здравоохранения могут предоставлять только авторизованные профессиональные врачи. Медицинским законом установлено, что медицинские услуги могут предоставлять только доктора, стоматологи, медсёстры, врачи традиционной медицины и акушеры, получившие лицензию Министерства Здравоохранения, Социального Обеспечения и Семьи (MHWAF). Помощники медсестёр, иглотерапевты (акупунктурщики) и массажисты считаются полумедицинскими специалистами. В 2007 г. в Южной Корее было зарегистрировано 91400 врачей, 23144 стоматолога, 16663 врача традиционной восточной медицины, 57176 фармацевтов, 8587 акушеров и 235687 медсестёр.

Основная проблема медицинских ресурсов Южной Кореи — региональная неравенство в области медицинского обслуживания. Большинство частных медицинских учреждений расположены в городской местности, и около 90% врачей сосредоточены в городах, в то время как только 80% населения проживает в городах.

Корейские пациенты могут пойти к любому доктору или любой медицинский институт, включая госпитали, который они выберут. Система получения медицинских направлений делится на 2 шага.

Пациент может пойти к любому медицинскому практику кроме специализированных больниц общего профиля. Если пациент хочет пойти во вторичный госпиталь — он предоставляет специальный бланк, выданный врачом, изначально обследовавшим пациента. Есть несколько исключений, когда пациент может пойти в любой госпиталь без этого бланка: роды, экстренная медпомощь, стоматология, реабилитация, семейный медсервис и заболевания гемофилией.

У системы безопасного здравоохранения Южной Кореи три направления: государственная программа медицинского страхования, программа медицинского содействия, программа долгосрочного страхования.

Первый закон о медицинском страховании в Южной Корее — Акт о Медицинском Страховании, вступивший в силу в 1963 году. С июля 1977 г. все компании, имеющие более 500 сотрудников, стали обязаны предоставить программу страхования здоровья, а также были созданы отдельные фонды страхования здоровья. В январе 1979 г. требования к предоставлению страхования были расширены до компаний с более чем 300 сотрудниками, государственных служащих и сотрудников частных школ. В январе 1988 г. в эту систему также были включены предприниматели из сельской местности.

1989 г. считается самым важным в истории Государственной Программы Медицинского Страхования Южной Кореи. В июле программа страхования здоровья была расширена для предпринимателей, работающих в городах. 12 лет прошло с момента возникновения Акта о Медицинском Страховании до достижения всеохватывающего медицинского страхования для всех граждан.

Государственную программу страхования здоровья Южной Кореи можно упрощённо разделить на четыре части. Во-первых, MINHAF отвечает за общее регулирование и политические решения. Оно регулирует деятельность государственной программы страхования здоровья путём составления и внедрения законодательной основы.

Во-вторых, Государственная Корпорация Страхования Здоровья (NHIC) отвечает за управление государственной программой страхования здоровья, а именно за регистрацию застрахованных лиц и членов их семей, сбор взносов и установки графика оплаты медицинских услуг.

В-третьих, Агентство по Надзору за Страхованием Здоровья (HIRA) отвечает за рассмотрение медицинских расходов и оценку стоимости медицинских услуг. После получения медпомощи пациент может подать иск в HIRA с просьбой о пересмотре его медицинских расходов, и NHIC может возместить финансовые претензии.

В-четвёртых, медицинские учреждения, предоставляющие услуги здравоохранения. Они управляются и контролируются MINHWAFA.

Все жители Южной Кореи имеют право на участие в государственной программе страхования здоровья (табл. 1). В 2006 году общее количество застрахованных людей было около 47 миллионов, или более 96,3% общего населения. Застрахованные делятся на две группы: наёмные работники и частные предприниматели. Категория наёмных работников включает супругов застрахованных лиц, детей, братьев, сестёр и родителей. Застрахованные наёмные работники платят 5,08% от их средней заработной платы раз в год. Категория застрахованных предпринимателей включает людей, исключённых из первой категории. Величина их взноса устанавливается, исходя из их доходов, величины имущества, уровня жизни и уровня участия в экономической деятельности (уровня налоговых выплат - прим. пер.).

Оставшиеся 3,7% обеспечиваются Программой Медицинской Помощи.

Корейцы, проживающие за пределами страны, должны присутствовать в Корее минимум три месяца, прежде чем будут приняты в государственную программу страхования здоровья. Иностранцы, работающие в Южной Корее, обязаны участвовать в программе.

Застрахованные лица обязаны выплачивать определённую долю расходов на лечение. Совместная оплата различается в соответствии с уровнем и типом лечебного учреждения (табл. 2). Когда застрахованное лицо оплачивает свыше установленного порога совместной оплаты (3000000 KRW (~ 2930 USD, 106476 руб.) или ~ 2700 USD (~ 98095 руб.)) за непрерывный период шесть месяцев - оно освобождается от любых дальнейших доплат.

У государственной программы медицинского страхования Южной Кореи есть три источника финансирования: взносы, государственные субсидии и наценка на табачные изделия.

Первый источник финансирования - это оплата, вносимая застрахованными лицами. Наёмным работникам необходимо платить 5,08% от заработной платы. Работник и работодатель оплачивают поровну - по 50% от этой суммы. Взносы застрахованных предпринимателей индивидуальны и зависят от их уровня условного дохода. Условный доход вычисляется на основе количества собственности, дохода, автомобиля, возраста и пола. Для застрахованных граждан, проживающих на островной части Кореи или удалённых сельских территориях, существует система уменьшения взносов.

Второй источник финансирования - государство. Правительство предоставляет 14% от ежегодного запланированного бюджета программы.

Третий источник финансирования - наценка на табачные изделия. Он составляет 6% от запланированного бюджета программы.

В 2006м году количество людей, обслуживаемых Программой Медицинской Помощи, составляло 1828627 человек (примерно 3,7% от общего количества населения). Количество людей, попадающих под государственную программу страхования здоровья - примерно 57,7% наёмных рабочих и 38,6% предпринимателей.

Программа Медицинской Помощи была создана в 1979г для семей с низким достатком после публикации Акта Медицинской Помощи в 1977г. Для этой программы правительство оплачивает все медицинские расходы для пациентов, кто не имеет возможности оплатить медицинские услуги самостоятельно. После 2004г программа медицинской помощи была расширена и стала распространяться на пожилых, трудноизлечимых и хронических больных, а также на детей до 18 лет.

Программа медицинской помощи основана совместно центральным и местным правительствами. MINWFA установило и ежегодно изменяет критерии для попадания под программу. Местная администрация выбирает получателей на основе условий, установленных министерством.

Недавно правительство столкнулось с финансовыми трудностями при предоставлении необходимого медицинского обслуживания для людей с низким достатком и изменило систему так, что государственная программа медицинского страхования теперь частично финансирует программу медицинской помощи.

Совсем недавно продолжительность жизни в Южной Корее неожиданно и резко выросла - на более чем восемь лет за последние 20 лет. Традиции Кореи таковы, что забота о престарелых людях ложится на плечи остальных членов семьи. Для решения этой проблемы в июле 2008 года правительство ввело программу долгосрочного страхования, изначально в тестовом режиме в нескольких регионах страны. Это система социального страхования, и в настоящее время (на момент написания статьи - 2009г, прим. пер.) она охватывает 3,8% пожилых корейцев.

Под эту программу попадают пожилые люди с серьёзными функциональными ограничениями в повседневной жизни (ADLs). Для примера, лица в возрасте 65 лет или старше или лица младше 65 лет, страдающие от прогрессирующих с возрастом расстройств, таких как болезнь Альцгеймера, болезнь Паркинсона или послеинсультный

паралич, могут попасть под эту программу. Если они будут расценены как получатели - они получают медицинское лечение, включая ванну, бельё и уход медсестры.

Программа долгосрочного страхования финансируется платежами застрахованных лиц, государственными субсидиями и совместными платежами лиц, попадающих под программу. Государство финансирует 20%. Пользователи услуги оплачивают от 15% до 20%.

Правительство надеется расширить программу чтобы включить в неё пожилых людей с менее серьёзными функциональными ограничениями.

Южная Корея становится страной взрослых и пожилых людей быстрее других стран. Увеличение доли пожилого населения ведёт к увеличению расходов на лечение хронических дегенеративных болезней, которое становится большим социальным бременем. Правительство Южной Кореи пытается уменьшить финансовое бремя специально для молодого населения путём всесторонней реформы в здравоохранении. MINWAF принимает различные меры для престарелых, такие как расширение медицинских учреждений и внедрение долгосрочной программы страхования.

В пользу высокого уровня развития медицинской системы Южной Кореи говорит бум медицинского туризма, разразившийся с 2007 года, когда правительством страны был принят закон, дающий право иностранцам пользоваться южнокорейской системой здравоохранения. Поток пациентов с тех пор растет в геометрической прогрессии, среди медицинских туристов выходцы из США (их около 34% от общего числа иностранных пациентов), России (около 17%), Великобритании, Германии и Японии. То, что в Южную Корею приезжают граждане стран с развитым уровнем медицины, говорит о доступности медицинских услуг и их высоком качестве.

Считается, что медицинские технологии, оснащенность больниц находится примерно на уровне 80-90% от других развитых стран, однако цены за предоставляемые услуги не догнали не только американские и европейские, но и сингапурские.

В пользу южнокорейской медицины свидетельствует и то, что корейские ученые чаще большинства других коллег из азиатских стран публикуются во многих международных медицинских журналах; профессия доктора здесь считается одной из самых престижных в мире из-за высокой заработной платы и сложности обучения – лишь 0.5% учащихся становятся врачами; коэффициент выживаемости пациентов с онкологическими заболеваниями в Южной Корее выше, чем в развитых странах.

Все госпитали Южной Кореи можно классифицировать по нескольким типам:

1. Университетские и не университетские.

По этому признаку клиники различаются достаточно просто – если клиника основана на базе университета, то она является университетской и наоборот. Особенность университетских больниц состоит в том, что они соединены с медицинским факультетом отдельного медицинского ВУЗа или целого университета. Такая больница предоставляет не только стационарное и амбулаторное обслуживание, но и предназначена для учебных целей и многочисленных исследований в области медицины. Зачастую университетские госпитали – это учреждения с максимальным обеспечением медуслуг, они предоставляют услуги высокого уровня и часто входят в число лучших клиник страны.

К не университетским клиникам относятся все те медучреждения, что основаны не на базе университетов, оказываемые в них услуги далеко не всегда уступают тем, что можно получить в университетских больницах. Среди таких клиник Sasung или Asan, занимающие пятерку лучших клиник страны.

2. Частные и государственные.

По сути, в Южной Корее нет государственных больниц в общепринятом понимании этого слова. В той или иной степени все клиники и госпитали являются частными, в том числе и университетские. Государственные больницы находятся в управлении государственных или окружных властей, независимых общественных организаций или религиозных общин. Частные больницы – это медицинские учреждения, зачастую управляемые большими частными корпорациями.

3. Специализированные и обще профильные.

Общепрофильные больницы могут состоять из нескольких отдельных центров или клиник, каждая из которых будет представлять собой отдельное медучреждение (таким является госпиталь Севернас, включающих в себя стоматологическую клинику, Научно-исследовательский центр онкологии, сердечно-сосудистый центр и некоторые другие) или из несколько профильных отделений.

Специализированные больницы – это медицинские учреждения с разнообразными специализациями, например больница Хангиль – офтальмологическая клиника или больница Чеиль и Миз Меди – больница для лечения женщин и детей.

Практически во всех больницах страны, вне зависимости от того, к какому типу они относятся, создана система PACS – система архивации изображений и данных. При обращении в медицинское учреждение на

каждого пациента заводится электронная история болезни, куда вносятся все назначения и результаты обследований. Практически все процессы, связанные с медицинскими услугами, компьютеризированы - это и электронная очередь в регистратуру и запись к врачу. В Южной Корее сложно встретить бумажную карточку, где неразборчивым почерком описано заболевание – здесь все снимки и анализы выдаются пациентам на электронных носителях на корейском и английском языках, в некоторых клиниках возможен перевод на русский язык.

Вопросы и задания:

1. выделите наиболее значимые отличия систем здравоохранения Южной Кореи от системы здравоохранения в РФ.

2. Какие достоинства системы здравоохранения Южной Кореи Вы можете выделить?

3. Какой опыт организации системы здравоохранения Южной Кореи Вы можете предложить для развития в РФ и почему?

3. Фонд оценочных средств для промежуточной аттестации студентов

Промежуточная аттестация проводится в рамках 2 срезов в виде письменных контрольных работ.

Варианты письменной контрольной работы для среза №1

1. Система здравоохранения: понятие, структура, принципы функционирования.
2. Подходы, лежащие в основе классификации моделей систем здравоохранения.
3. Достоинства и недостатки рыночной модели системы здравоохранения.
4. Достоинства и недостатки бюджетной модели системы здравоохранения.
5. Достоинства и недостатки социально-страховой модели системы здравоохранения.
6. Эволюция системы здравоохранения в России.
7. Российская модель системы здравоохранения и ее нормативно-правовое обеспечение.

8. Сущность медицинского страхования в РФ.
9. Роль и функции Министерства здравоохранения и социального развития в системе управления здравоохранением в РФ.
10. Роль и функции территориальных органов власти в системе управления здравоохранением в РФ.
11. Классификация организаций здравоохранения в РФ.
12. Предпринимательская деятельность в сфере здравоохранения и ее государственное регулирование в РФ.
13. Источники финансирования системы здравоохранения в РФ.
14. Стандартизация в управлении системой здравоохранения в РФ.
15. Критерии качества здравоохранения..

**Варианты письменной контрольной работы для
среза №2**

1. Сравнительная характеристика моделей системы здравоохранения в США и РФ.
2. Сравнительная характеристика моделей системы здравоохранения в ФРГ и РФ.
3. Сравнительная характеристика моделей системы здравоохранения во Франции и в РФ.
4. Сравнительная характеристика моделей системы здравоохранения в Японии и РФ.
5. Сравнительная характеристика моделей системы здравоохранения в Канаде и РФ.
6. Сравнительная характеристика моделей системы здравоохранения в Италии и РФ.
7. Сравнительная характеристика моделей системы здравоохранения в Испании и РФ.
8. Сравнительная характеристика моделей системы здравоохранения в Греции и РФ.

9. Сравнительная характеристика моделей системы здравоохранения в Голландии и РФ.
10. Сравнительная характеристика моделей системы здравоохранения в Дании и РФ.
11. Сравнительная характеристика моделей системы здравоохранения в Швейцарии и РФ.
12. Сравнительная характеристика моделей системы здравоохранения в Англии и РФ.
13. Проблемы и перспективы развития системы здравоохранения в РФ.

В конце семестра все полученные баллы суммируются, и выводится рейтинг студента: «отлично» - 91-100 баллов; «хорошо»- 76-90 баллов; «удовлетворительно» - 61-75 баллов. Дисциплина заканчивается экзаменом.

Руководитель направления подготовки
«Менеджмент», к.э.н., доцент



О.Соболева