

ГЛОБАЛЬНЫЙ КРИЗИС КАК СТИМУЛ ПЕРЕМЕН В ЗДРАВООХРАНЕНИИ. СООБЩЕНИЕ 2

¹ М.М.Сачек, ¹ И.В.Малахова, ¹ Н.Е.Хейфец, ² М.В.Щавелева

¹ Республиканский научно-практический центр медицинских технологий, информатизации, управления и экономики здравоохранения, г. Минск

² Белорусская медицинская академия последипломного образования, г. Минск

Мировой экономический кризис вызвал, в том числе, значительный рост расходов на здравоохранение, одновременно ограничив возможности государства в плане компенсации этих затрат, что побудило правительства разных стран искать дополнительные источники финансирования, чтобы обеспечить функционирование отрасли и доступность и качество оказываемой медицинской помощи. Обобщен опыт и проанализированы результаты очередного этапа реформирования здравоохранения в странах Скандинавии и Балтии.

Глобальные изменения в разных сферах жизнедеятельности, новые вызовы здоровью и безопасности населения обуславливают необходимость постоянного внимания к проблемам здоровья, реформирования и совершенствования системы здравоохранения.

Основными принципами реформ здравоохранения, определенными Люблянской хартией, являются разработка и развитие политики здравоохранения, реорганизация системы оказания медицинской помощи, изменение подходов к использованию кадрового потенциала отрасли, совершенствование механизмов управления и обучения на основе мирового опыта [1]. Только изучение передового опыта разных стран в реформировании и организации медицинских служб позволяет определить оптимальные пути развития здравоохранения, перспективные управленческие решения, направить ресурсы на максимальное удовлетворение потребностей населения в услугах отрасли здравоохранения и повышение эффективности ее деятельности. На совершенствование систем здравоохранения нацелены стратегические документы ВОЗ [2–12].

В докладе ВОЗ о состоянии здравоохранения в мире в 2008 г. отмечается, что нередко управляющие структуры реагирует на происходящие изменения в обществе неадекватными и наивными реформами. Они оказываются неадекватными из-за неспособности предвидеть возможные последствия в ближайшем и отдаленном будущем. Принимаемые меры часто оказываются недостаточными, запоздалыми или просто неуместными. Наивными эти реформы называют в связи с тем, что для преодоления несостоятельности системы требуется системный подход, а не временные решения, которыми изобилует практика реформирования здравоохранения во многих странах [13].

По мнению экспертов ВОЗ, проблема обеспечения населения доступной и качественной медицинской помощью решается путем:

реформ, обеспечивающих всеобщий охват населения медицинским обслуживанием и мерами социальной защиты;

реформ самой сферы предоставления медицинских услуг, направленных на реорганизацию служб здравоохранения в соответствии с потребностями и ожиданиями граждан с целью повышения социальной значимости медицинских услуг и обеспечения достижения более высоких результатов;

реформ государственной политики, которые должны способствовать повышению уровня здоровья граждан путем интеграции деятельности в области общественного здравоохранения с первичной медицинской помощью;

реформ управления, призванных заменить чрезмерное использование административно-командных методов управления, с одной стороны, и политику невмешательства со стороны государства, с другой, социально интегрированным, репрезентативным, осуществляемым на основе переговоров управлением в соответствии с требованиями, которые диктуются сложным характером современных систем здравоохранения [14].

В настоящей публикации мы остановимся на основных направлениях реформирования здравоохранения стран Скандинавии и Балтии – Швеции, Норвегии, Финляндии, Дании, Литвы, Латвии и Эстонии.

Швеция. Шведская система здравоохранения представляет собой успешный пример бюджетной модели, построенной на принципе децентрализации [15–26].

Здравоохранение в Швеции на 95% государственное, на него в 2010 г. было выделено 9,2%

ВВП, и этот показатель остается довольно стабильным с начала 1980-х годов.

Шведская система здравоохранения строится на принципе разделения ответственности за охрану здоровья и медицинское обслуживание населения между государством, ландстингами (органами местного самоуправления административного субъекта – лена) и муниципалитетами (органами местного самоуправления административного района (коммуны), на которые делятся лены). Обязанности ландстингов и муниципалитетов определены законом об охране здоровья и медицинской помощи. Закон предоставляет им значительную свободу выбора форм работы, тогда как централизирующая роль государства сводится к установлению основополагающих принципов и формированию актуальной политики в сфере здравоохранения и медицинского обслуживания.

Основные принципы функционирования системы здравоохранения Швеции: государственное финансирование; доступность и равенство граждан на право получения медицинских услуг; децентрализация управления.

Отрасль финансируется, в основном, за счет налогов. 12% собираемых налогов поступает в бюджеты округов (в каждый округ в зависимости от численности жителей, но на каждого жителя приходится одинаковая сумма), и до 90% поступающих средств тратится на здравоохранение.

Средства на финансирование шведской системы медицинского обеспечения поступают из следующих источников: 72% – подоходный налог, взимаемый на уровне округов; 13% – государственные трансферты; 3,4% – взносы охваченных медицинским страхованием лиц; 1,7% – общий фонд медицинского страхования и т.д.

Организации здравоохранения финансируются, в основном, окружными советами. В каждом округе вне зависимости от его величины стандарты качества медицинской помощи и лекарственного обеспечения должны быть одинаковыми. Округа могут вносить какие-то изменения, но при этом обязаны строго соблюдать стандарты, которые разработаны и рекомендованы учеными и врачами и направляются им из агентств, входящих в состав Министерства здравоохранения и социального развития. Они несут ответственность за амбулаторное и госпитальное звено здравоохранения, а также за университетские клиники. Муниципалитеты отвечают за обеспечение медицинского обслуживания пожилых людей, инвалидов и учащихся в школах.

Лекарственные средства (ЛС) в стационаре бесплатные, в аптеке ЛС, назначенные врачом,

надо частично оплачивать. Максимальная сумма, потраченная пациентом на визиты к врачу и лекарства по его рецептам, купленные в аптеке, – 180 евро в год. Все расходы, превышающие эту сумму, компенсируются государством.

Все окружные советы, как правило, взимают плату с лиц, прибегающих к медицинской помощи, в качестве частичной финансовой компенсации за свои услуги. Эта плата, разная в разных областях, не покрывается медицинской страховкой: ее берет на себя сам пациент. Она колеблется для застрахованных лиц между 11 и 16 евро за один визит к врачу. Однако установлен предел, ограничивающий сумму, взимаемую за визиты с одного пациента. Он равен около 100 евро за год. Посещение частных врачей оплачивается иначе: как правило, пациент выплачивает лишь часть гонорара врачу за каждое посещение (от 17 до 28 евро), остальная часть выплачивается из национальной системы медицинского страхования.

Иная схема оплаты медицинских услуг действует в отношении стационарного лечения. В этом случае расходы на лечение в больнице оплачиваются местной кассой социального страхования и могут варьировать в пределах 50–2000 крон (примерно от 5 до 220 евро) в день. Максимальный оплачиваемый срок лечения в больнице ограничивается двумя годами.

Плата при госпитализации не должна превышать 9 евро в день. Пенсионеры платят за больничное содержание столько же, сколько и все остальные, с той разницей, что соответствующая сумма удерживается из их пенсий. В том случае, если лицо, обратившееся к врачу, не является жителем региона, окружной совет взимает с него полную стоимость услуг. Однако часто эти траты берет на себя другой окружной совет или страховой фонд соответствующего иностранного государства.

С 1985 г. в схему компенсации в системе медицинского страхования были внесены изменения, суть которых состоит в том, что государство производит компенсации расходов округов исходя не из количества посещения врачей, а в пропорции к числу жителей округа. Эта компенсация стала покрывать расходы не только на медицинскую помощь, как это было раньше, но и на различного рода профилактические программы.

Участие в системе медицинского страхования дает также право на получение пособия по болезни – компенсации, выплачиваемой за потерю дохода вследствие болезни или травмы. Для получения полного пособия (размер которого определяется суммой дохода) необходимо извещение

местной кассы социального страхования. Как правило, полное пособие составляет 90% заработной платы и так же, как и другие формы доходов (в том числе и социального характера), облагается налогом. В отличие от системы пенсионного страхования, универсальность которой дает право на получение пенсии всеми жителями страны независимо от уровня их доходов, для выплаты пособия по болезни законом предусмотрен предел в доходах (7,5 базовой суммы), превышение которого не дает права на получение пособия.

В Швеции также существует небольшой сектор добровольного (частного) медицинского страхования, доля которого в общей структуре расходов здравоохранения не превышает 2,5%. Столь малая, по сравнению с другими странами Евросоюза, доля частного медицинского страхования объясняется, прежде всего, трудностями снижения издержек для частных страховых компаний, которые вызваны высоким уровнем налогообложения в этой области.

Государственное финансирование, а также «подушевой» принцип определения расходов на здравоохранение – основные составляющие финансовой доступности медицинской помощи. Особенность «подушевого» финансирования в здравоохранении Швеции – учет половозрастной структуры населения. В Стокгольме, население которого составляет 1/4 часть населения страны, финансирование на одного жителя в 2008 г. в среднем составляло 27000 шведских крон в год (около 2700 евро).

В стране постоянно ведется организационная работа по повышению доступности медицинской помощи пациентам. В частности, это касается увеличения продолжительности работы учреждений ПМСП.

В Стокгольме «явочный» контакт с врачом в течение года имеют до 50% жителей. При этом доступность врачебной помощи в первичном звене не является «сиюминутной». При отсутствии экстренных случаев, когда медицинская помощь оказывается в отделениях неотложной помощи стационаров, пациент может ожидать как времени приема у своего врача первичного контакта (до 2 недель), так и у специалиста, к которому он попадает только по направлению ВОП.

Амбулаторно-поликлиническая помощь. Значительную роль в оказании медицинской помощи населению играют учреждения ПМСП (поликлиники, врачи общей практики, в том числе и работающие по контракту с органами самоуправления – региональными или местными). Система врачей общей практики (семейных врачей) была вве-

дена в Швеции в 1993 г. Благодаря этому пациенты получили отсутствовавшее до этого право свободного выбора врача – либо частного врача общей практики, либо штатного в центре здравоохранения. До этого момента пациент, как правило, направлялся к дежурному врачу центра здравоохранения.

Введение института ВОП в Швеции преследовало цель повышения эффективности обслуживания пациентов и снижения издержек на оказываемую медицинскую помощь. Это достигалось за счет свободного выбора пациентом не только врача общей практики, но и врача-специалиста. Кроме того, это означало также улучшение качества обслуживания (большая ориентация на пациента) и снижение издержек, связанное с повышением конкуренции среди врачей за пациента.

Число ВОП в Стокгольме к настоящему времени достигло 1050 человек (всего в городе около 6 тыс. врачей). Оптимизации оказания медицинской помощи населению во многом способствует деятельность «local hospitals» – дневных стационаров, функционирующих с 8 до 17 часов, куда пациент направляется своим ВОП.

За прикрепленных пациентов врачи первичного контакта получают комбинированную плату, складывающуюся из определенной доли отчислений за прикрепленное население с учетом его половозрастной структуры, а также платы непосредственно за проведенный прием (визит). На размер оплаты влияют результаты контроля качества оказываемой помощи. Система оплаты такова, что врач не заинтересован в механическом увеличении числа визитов пациента – излишние визиты оплачиваются минимально; функцию ограничителя также выполняет постоянный контроль качества оказываемой помощи. Сокращению числа визитов способствуют и принятые в Швеции подходы к возмещению потерь по временной нетрудоспособности: каждый гражданин имеет право отсутствовать на рабочем месте до 7 дней в год по причинам, связанным с болезнью, при большей продолжительности временной нетрудоспособности вопрос о возмещении потерь решается фондом, где застрахован работник.

Число визитов, выполняемых врачами к пациенту на дом, минимально. Снижению нагрузок врача по визитам на дом во многом способствует хорошо развитая система социального обеспечения.

В последнее время становится более обычной практика покупки ландстингами услуг у частных медицинских предприятий (аутсорсинг): 10% объема медицинского обслуживания, финансируемого ландстингами, ныне приходится на долю част-

ного сектора. По условиям договора на этот сектор распространяются те же правила и ставки оплаты, какие действуют в государственных учреждениях здравоохранения.

Стационарная помощь. В стационар пациента направляет ВОП, но в экстренных случаях пациент может туда обратиться самостоятельно.

Организация стационарного медицинского обслуживания населения в Швеции находится в компетенции окружных советов, а также независимых муниципалитетов Гетеборг, Мальмё и Готланд. Для координации управления и организации здравоохранения окружные советы и муниципалитеты объединены в рамках земельного союза, представляющего собой орган, который наряду с центральным правительством отвечает за осуществление финансовых и организационных задач здравоохранения в стране.

Сектор стационарной медицинской помощи организационно представлен двумя уровнями: провинциальным и региональным. На провинциальном уровне финансирование стационарных учреждений здравоохранения и организация необходимой медицинской помощи находятся в ведении соответствующего провинциального правительства.

Стационарное медицинское обслуживание осуществляется в Швеции региональными и районными больницами, располагающими минимум четырьмя отделениями (терапии, хирургии, радиологии и анестезии). Число отделений в том или ином лечебном заведении существенно различается в зависимости от региона. Так, в отдельных региональных больницах их количество составляет 15–20, что характерно, прежде всего, для таких регионов, как Стокгольм, Гетеборг и др. с большим числом (1–1,5 млн) проживающих в них жителей. Все региональные больницы сотрудничают с медицинским факультетом одного из университетов, выполняя задачи научного и учебного характера.

В обязательные функции стационара входит прием и консультация амбулаторных больных. В частности, поликлиники Стокгольма не имеют собственного рентгенологического оборудования, и в случае травм и ряда острых ситуаций, требующих рентгенологического контроля, пациенты вынуждены обращаться в стационары.

Финансирование расходов стационаров в Швеции осуществляется из средств региональных бюджетов и взносов на социальное страхование, а также соплатежей населения за медицинские услуги.

С начала 1980-х годов в Швеции испытывались различные модели финансирования лечеб-

ных учреждений с целью достижения большей эффективности и экономии средств. С этой целью в некоторых регионах страны в местных бюджетах выделялись отдельные статьи на финансирование больниц. Кроме того, больницам была предоставлена возможность оставлять часть неиспользованных в течение года средств и направлять их на финансирование собственных проектов, таких как образование и повышение квалификации персонала. Успешным примером организации финансирования лечебных учреждений является «стокгольмская модель», существующая в одноименном округе с 1992 г. В ее рамках для оказания услуг неотложной медицинской помощи был образован внутренний региональный рынок медицинских услуг с твердо установленными ценами.

Между соответствующим региональным учреждением по управлению здравоохранением и больницами заключался договор на год, в котором определялись объем, цены и качество медицинских услуг. Кроме того, согласно этой модели региональные власти могли в случае необходимости приобретать медицинские услуги вне пределов своего региона, а больницы – оказывать их вне пределов округа Стокгольм.

Наконец, модель предусматривала свободный выбор пациентом лечебного учреждения, что, несомненно, повышало эффективность действующей системы бюджетного здравоохранения.

Децентрализация управления здравоохранением Швеции обеспечена тем, что многие функции управления здравоохранением переданы на окружной уровень – ландстингам. Законодательство в области здравоохранения является «рамочным», т.е. определяющим, что должно быть сделано. Однако конкретные пути к достижению поставленных целей и задач определяются органом местного самоуправления – ландстингом. По сути, орган государственного управления (Министерство здравоохранения и социального обеспечения Швеции) выполняет функции аналитики, контроля качества лекарственных средств и т.д., но в его задачи не входит определение параметров развития сети здравоохранения территорий, необходимого количества специалистов. Эти вопросы решаются ландстингом, исходя из конкретных потребностей.

В то же время, благодаря аналитическим функциям министерства до правительства доведены многие вопросы, решение которых на государственном уровне повлекло значительное улучшение здоровья граждан (контроль и регулирование продажи алкоголя; расширенная продажа хлебо-

булочных изделий с высоким содержанием грубоволокнистых волокон и пр.).

Децентрализация управления здравоохранением ведет к тому, что руководителям учреждений здравоохранения делегировано полномочие определять, какие специалисты должны работать в них.

Децентрализация управления способствует четкому делению медицинской помощи по уровням: коммуна, округ, национальный. В Стокгольме и университетских городах Швеции сосредоточены стационары, где концентрируются высокотехнологичные виды помощи.

Таким образом, система здравоохранения Швеции не является застывшей, она проходит совершенствование как в технологическом, так и организационном плане.

В то же время к таким принципам ее функционирования, как государственное финансирование, доступность медицинской помощи, децентрализация управления, прибавилось *соблюдение права пациента на свободный выбор врача и лечебного учреждения*, которым население Швеции пользуется с 2003 г. Это значит, что пациент может обратиться в любое лечебное заведение страны и лечиться там на тех же условиях, как и в своем лене. К январю 2010 г. во всех ленах завершилось внедрение так называемой системы первого выбора при обращении в учреждения первичной медицинской сети. Эта система позволяет пациентам по своему выбору обращаться в частные либо в муниципальные поликлиники. Любой провайдер медицинских услуг, удовлетворяющий требованиям ландстинга, вправе основать поликлинику, чьи затраты возмещаются из бюджета ландстинга. Поликлиники, в частности, обязаны предоставлять услуги социальных работников или психологов, общую медицинскую помощь на дому и неотложную помощь до 9 часов вечера. Все поликлиники получают одинаковое возмещение за прием каждого пациента.

Шведские граждане выражали недовольство длительными сроками ожидания оказания плановой медицинской помощи. В 2005 г. между ландстингами и государством было достигнуто соглашение о введении *гарантии своевременного лечения*. Суть ее в том, что ни один пациент не должен ожидать назначенного ему лечения более 90 дней. В случае, если срок ожидания превышен, пациенту предоставляется лечение в другом месте за счет своего ландстинга, который обязан оплатить также и дорожные расходы. С целью дальнейшего улучшения ситуации правительство, по согласованию с Ассоциацией органов муниципального и областного самоуправления Швеции,

приняло решение ежегодно в период с 2010 по 2012 год выделять на эти нужды дополнительно по одному миллиарду крон. Ландстинги смогут получить свою долю от этого миллиарда при условии, что они обеспечат лечение в установленные сроки не менее чем 80 процентам своих пациентов. Они также обязаны предоставлять сведения о сроках ожидания в единую государственную базу данных.

Норвегия занимает третье место в мире по уровню расходов на здравоохранение на душу населения (около 5 тыс. долл. в год), уступая только США и Люксембургу.

Норвежская система здравоохранения постоянно развивается и реформируется [27–33]. В ее структуре выделяют три основных уровня, которые соответствуют трем уровням власти: центральный, региональный (губернии – фюльке) и местный (муниципалитеты). Медицинская помощь оказывается в четырех типах медицинских учреждений, размещаемых по региональному принципу. Это амбулаторные учреждения, где работают врачи общей практики (26% всех врачей); стационары общего типа, имеющиеся в каждой губернии (всего более 13 тысяч коек); психиатрические больницы (также имеющиеся в каждом регионе) и университетские клиники, оказывающие высокоспециализированную медицинскую помощь.

Основным принципом норвежской медицины является обеспечение медицинским обслуживанием всех жителей страны независимо от их социального статуса и материального положения. Доля государственных расходов на здравоохранение составляет 95%. Правительство оплачивает почти полную стоимость медицинских услуг, соплаты пациентов составляют 5%.

Управление системой здравоохранения построено по принципу административного разделения. К центральным органам управления здравоохранением относятся Министерство здравоохранения и социального обеспечения, Государственный институт общественного здоровья и Государственный совет по здравоохранению. Министерство отвечает за разработку политики в области здравоохранения, его законодательной базы и основных направлений развития, составление бюджета, планирование, организацию информационной сети. Государство координирует деятельность Института общественного здоровья и некоторых других научных и профилактических учреждений. Государственный совет по здравоохранению – независимая профессиональная организация, которая совместно со службами здравоохранения регионов занимается надзором и обеспечивает

соответствие медицинского обслуживания нормам качества и законам.

На государственном уровне оказывается высокоспециализированная помощь, осуществляется лечение редких заболеваний, трансплантация органов. Государство также несет ответственность за специализированную медицинскую помощь. Ее оказывают крупные специализированные больницы, университетские клиники, некоторые психиатрические лечебницы, учреждения скорой помощи и службы экстренного вызова, больничные аптеки, лаборатории и учреждения реабилитации наркоманов.

Чтобы высокоспециализированная медицинская помощь была эффективной и рентабельной, с 1974 г. страну разделили на пять медико-территориальных округов, в каждом из которых был учрежден окружной комитет здравоохранения. Начиная с 2000 г. каждый округ обязан предоставлять в Министерство здравоохранения свой долгосрочный план развития здравоохранения в соответствии с основными направлениями государственной политики в этой сфере.

С 1969 г. за планирование, финансирование и организацию специализированного медицинского обслуживания (больницы общего профиля, психиатрические клиники, лабораторные и другие специализированные медицинские службы, стоматологические клиники для взрослых) отвечают регионы, которые довольно самостоятельны в организации и управлении стационарной помощью. В каждом из пяти медико-территориальных округов Норвегии имеется окружная больница, оказывающая высокоспециализированную медицинскую помощь. Все окружные больницы служат учебными базами; четыре из них принадлежат регионам, пятая – общегосударственная.

На региональном уровне оказывается общая госпитальная и консультативная помощь. В поликлинических отделениях проводятся консультации специалистов для пациентов с направлениями от врачей общей практики и оказывается больничная помощь, на этом уровне также оказывается стоматологическая помощь. С 1 января 2002 г. оказание психиатрической помощи регулируется на государственном уровне.

На местном уровне на 435 муниципалитетов возложены функции финансирования и организации первичной медицинской помощи и медико-социального обслуживания. Обычно в муниципалитете имеются три отдела: медицинской помощи, патронажа и ухода на дому, социального обеспечения. Чтобы медицинские и социальные службы соответствовали потребностям населения, в 1986 г.

муниципалитетам было предоставлено право самим определять приоритетные направления в их финансировании и организации.

Муниципалитеты отвечают за первичное медицинское обслуживание, включая профилактику и укрепление здоровья, диагностические и лечебные вмешательства, реабилитацию и длительный уход. Муниципальный совет утверждает план развития здравоохранения в соответствии с потребностями проживающего на его территории населения. Объем финансирования здравоохранения местные власти определяют сами, а список медицинских служб, которые они обязаны иметь, установлен законом о здравоохранении и полномочиях местных властей.

К местному муниципальному уровню относятся все разделы оказания первичной медицинской помощи врачом общей практики. Сюда входят медицинские центры, дома для долечивания пациентов, дома для пожилых людей, нуждающихся в уходе, реабилитационные центры, центры матери и ребенка, где проводятся вакцинации, наблюдение за детьми, беременными, медицинские центры обслуживания школьников, центры по охране окружающей среды, центры по уходу за психически больными. В медицинском центре работают 1–2 врача общей практики, физиотерапевт, медсестры и акушерки. При первичном обращении пациент консультируется врачом общей практики. На прием к специалистам можно попасть только по направлению терапевта. При необходимости пациент направляется в региональное медицинское учреждение. В поликлинических отделениях проводятся консультации специалистов для пациентов с направлениями от врача общей практики. Кроме того, администрация муниципалитетов является работодателем для медсестер, акушерок, физиотерапевтов.

Медико-социальное обслуживание в Норвегии также оказывается в соответствии с децентрализованной моделью. Государство несет ответственность за формирование политики, обучение персонала и формирование законодательной базы, а муниципалитеты – за предоставление услуг. Последние в основном получают средства за услуги через субсидии от государства. Для некоторых сфер, которым уделяется особое внимание, муниципалитеты получают целевые гранты. Это, например, услуги для пожилых людей или меры, направленные на то, чтобы люди с психическими расстройствами могли жить в собственных домах, а также участвовать в работе и организации досуга.

Норвежскую систему здравоохранения отличают преобладание государственного сектора,

финансирование преимущественно за счет налогов, небольшая доля платных медицинских услуг и государственная система страхования. Целевых налогов на нужды здравоохранения в стране не существует.

Финансирование здравоохранения обеспечивают центральные, региональные и местные органы власти, причем муниципалитеты имеют право вводить местные налоги в дополнение к государственным. Местные службы здравоохранения получают средства из государственного бюджета (общие и целевые субсидии в соответствии с численностью населения), от государственной системы страхования (страховые компенсации) и от населения (платные услуги). Хотя государство непосредственно не влияет на распределение средств, оно, тем не менее, ограничивает самостоятельность местных органов власти с помощью специально устанавливаемых нормативов.

В конце 1990-х гг. доля регионов в финансировании здравоохранения сократилась и составляла менее 30%, в то время как доля правительственных расходов увеличилась до 50%. Поскольку много больных лечится вне своего региона, существует перекрестная система оплаты: регион, где проживает больной, возмещает затраты тому региону, в котором этот больной лечился.

Введенное в 1980 г. финансирование на основе глобального бюджета вынудило некоторые регионы и больницы сузить сферу деятельности из-за бюджетных ограничений. Большие очереди на госпитализацию заставили принять в 1997 г. нынешнюю схему финансирования, в которой учитывается объем предоставленных больницей услуг. Основная цель нововведения – повысить эффективность и рентабельность работы больниц. Хотя введение новой системы финансирования было добровольным, к 1999 г. на нее перешли все регионы, за исключением одного.

Все, кто работают и платят налоги в Норвегии, автоматически становятся членами *фонда социального и медицинского страхования*. Размеры страхового взноса зависят от дохода. Те, кто не работают, но проживают в Норвегии более года, также участвуют в этой страховке. После того, как иностранный гражданин прибывает на место жительства в Норвегию (независимо от вида разрешения на пребывание в стране) и сообщает об этом в миграционную службу, он может выбрать себе постоянного врача общей практики. Этот врач является первым и основным контактом для заболевшего гражданина. Через врача общей практики осуществляется запрос на услуги специалистов, проведение обследований и т.п. С марта

2010 г. система здравоохранения Норвегии обслуживает и незаконно проживающих на территории государства эмигрантов – детей, беременных женщин и психически больных, которые ранее имели право лишь на помощь экстренных служб в чрезвычайных ситуациях.

Национальная система страхования обеспечивает весьма широкий спектр услуг: консультации врача, стационарную помощь, помощь беременным, родильницам и роженицам, лекарственное обеспечение для пациентов с хронической патологией, 100%-ю оплату больничного листа и декретного отпуска в течение 42 недель, пенсию по инвалидности, медицинскую помощь детям до 7 лет, помощь при производственных травмах, санаторно-курортное лечение как внутри страны, так и за ее пределами.

Добровольное медицинское страхование в Норвегии не пользуется спросом. Главный источник дополнительных финансовых поступлений – платные медицинские услуги. Визит к специалисту в коммерческое амбулаторное отделение больницы обходится минимум в 19 евро. В таких отделениях больные оплачивают часть стоимости лабораторных и рентгенологических исследований и некоторых лекарственных средств. В начале 1980-х гг. законодательно установлен предельный уровень расходов граждан на платные медицинские услуги, включая лекарственные средства, первичную и амбулаторную медицинскую помощь. Отдельные группы населения и пациенты с некоторыми заболеваниями освобождены от доплат.

С 2001 г. каждый житель страны получил *право иметь постоянного врача*. При таком подходе пациент не привязан к врачу по месту жительства. Все граждане Норвегии выбирают своего терапевта из списка, составленного государством. Этот врач общей практики и служит «диспетчером» в отношении других медицинских услуг и их провайдеров. Гражданин может сменить врача, но не чаще двух раз в год, и лишь в том случае, если у выбранного им нового терапевта нет пациентов в «листе ожидания». На прием к специалистам можно попасть только по направлению терапевта.

На одного врача-терапевта приходится около 300 человек. Врач общей практики принимает в среднем 20 пациентов в день. На каждого больного отводится 15–20 минут. Специально выделено время для телефонных переговоров с пациентами. Посещений на дому эти врачи не выполняют. В среднем ежедневно двум больным (10%) врач общей практики назначает консультации специалистов. В офисе, как правило, работают несколько медицинских сестер, которые постоянно

меняют характер работы, один день работая в регистратуре, другой – в лаборатории и т.д.

В последнее время отмечен рост численности частнопрактикующих врачей в системе оказания первичной медицинской помощи. Такая практика более характерна для больших городов Норвегии. Врачи общей практики в большинстве своем объединены в группы по 2–6 человек с помощниками, число которых зависит от средств, выделяемых муниципалитетом. Лечиться у физиотерапевтов и мануальных терапевтов можно без направления врача, но такое лечение обойдется дороже, поскольку оно не покрывается государственным страхованием. Врачи-специалисты получают плату за услуги из средств государственного страхования только в том случае, если больного направил к ним врач общей практики.

В 1997 г. по всей стране введена официальная *регистрация принятых врачами больных*, а их доходы стали зависеть не только от численности обслуживаемого населения, но и от оказанных медицинских услуг. При обращении к врачу, независимо от повода, пациенты платят в кассу офиса 110 норвежских крон. Любой набор выполняемых анализов требует дополнительной фиксированной платы в 35 крон. Стоимость лекарств покрывается полностью за счет средств самого пациента, однако существует ряд льгот. При первом посещении пациенту выдается документ, действительный в течение года, в который при каждом посещении врач вносит фиксированную стоимость консультации, равную 110 кронам. В этот же документ фармацевт вписывает стоимость приобретенных лекарств. Если у пациента имеются трудности с передвижением, он заказывает такси для посещения врача общей практики, и водитель вписывает стоимость проезда. При накоплении у пациента суммы в 1350 крон дальнейшие услуги врача общей практики, фармацевта и водителя такси в течение данного года будут оказываться бесплатно. Возмещение расходов берет на себя национальная система страхования.

Зарплата врача общей практики формируется из трех составляющих: взнос, который делает пациент за каждое посещение, доплата из страховой компании и подушевой норматив, выплачиваемый муниципалитетом. То есть, чем больше пациентов консультирует врач, тем выше его заработная плата. Средняя зарплата в отрасли составляет около 35 тысяч долларов США в год.

В случае внезапного острого заболевания или травмы, особенно в нерабочее время, пациент может лично обратиться в Дежурную врачебную службу, пункты которой есть в каждом городе, а в эк-

стренных случаях можно вызвать скорую помощь. При необходимости госпитализации пациент имеет право выбрать больницу для своего лечения.

Благодаря усилению роли амбулаторной помощи и развитию дневных стационаров средняя продолжительность госпитализации сокращается. Занятость койки в Норвегии выше, чем во многих других европейских странах, в то время как уровень госпитализации относительно низок. Стационарная помощь оплачивается из государственного бюджета.

В последнее время здравоохранение Норвегии столкнулось с проблемой «листов ожидания» – растущими *очередями на плановое медицинское вмешательство*, связанное с госпитализацией. Сокращение коечного фонда, произошедшие во многих странах Европы, затронуло и норвежскую систему здравоохранения. Оно не усугубило ситуацию благодаря технологическим достижениям медицины, а также компенсаторному эффекту от развития амбулаторной хирургии и расширению консультативной помощи врачей-специалистов в поликлиниках при больницах.

Еще одна проблема – обеспечение доступа к медицинской помощи населения заполярных малонаселенных территорий – решена с помощью *телемедицины*. Норвегия стала первой в мире страной, официально включившей тарифы на телемедицину в бюджет здравоохранения.

Здравоохранение Норвегии достигло больших успехов, но в будущем ему предстоит решать новые задачи, к примеру, сочетать децентрализацию здравоохранения с государственным регулированием, гарантирующим общедоступность медицинской помощи. Для решения этой задачи выбраны следующие направления реформ: сокращение очередей на госпитализацию, особенно для некоторых категорий больных; усиление планирования на уровне медико-территориальных округов; надзор за официальной регистрацией больных в системе первичного медицинского обслуживания. Кроме того, в будущем предполагается ввести новые методы управления больницами и новые формы владения ими, обеспечить медицинскими кадрами все районы страны, четко разделить функции центральных и региональных властей в финансировании больниц.

Финляндия. Система здравоохранения Финляндии формировалась в течение многих лет. Ее *отличительные черты* – финансирование за счет налогов, предоставление большинства медицинских услуг государственными учреждениями и уникальная для европейской системы оказания медицинской помощи децентрализация [34–39].

В структуре управления здравоохранением выделяют *два основных уровня* – центральный (правительство) и местный (муниципалитеты). Кроме того, в этом процессе участвуют *ляни* (губернии) – административные единицы страны и *больничные округа*, в которые объединены муниципалитеты. Цель создания больничных округов – обеспечение доступности, качества и рентабельности медицинского обслуживания, что практически невозможно осуществить на уровне муниципалитетов в силу их малых размеров.

Министерство социального обеспечения и здравоохранения разрабатывает основные законы в сфере здравоохранения и социального обеспечения и следит за их исполнением. Действующий при министерстве Совет по защите прав человека гарантирует качество и доступность медицинского обслуживания в муниципальных медицинских учреждениях. Кроме того, при министерстве существуют Научно-исследовательский центр по вопросам здравоохранения и социального обеспечения, Отдел судебной медицины и Управление по лекарственным средствам.

В ведении *муниципальных органов* находятся вопросы укрепления здоровья населения, профилактики и лечения заболеваний, реабилитации, а также стоматологическая помощь. Планированием и организацией медицинской помощи на местном уровне занимаются муниципальный комитет здравоохранения (иногда он объединен с комитетом по социальному обеспечению), муниципальный совет и исполнительный комитет. В стране существует 21 больничный округ, ответственный за специализированное медицинское обслуживание на своей территории. Каждый муниципалитет относится к определенному больничному округу.

Благодаря реформе системы государственных субсидий местные власти получили больше самостоятельности, а органы государственного управления сосредоточены на разработке законодательной базы и экспериментальных программ, развитии информационных сетей. На государственном уровне регламентируется ряд важных вопросов, например, определение максимального уровня цен на медицинские услуги. Внутри больничного округа существует механизм выравнивания расходов, согласно которому затраты на дорогостоящее лечение распределяются между всеми входящими в округ муниципалитетами. Принятый в 1979 г. закон об охране труда обязал работодателей обеспечивать профилактику профессиональных заболеваний и производственных травм. Они могут организовать собственный медицинский

центр либо оплачивать услуги частных или муниципальных медицинских учреждений.

Так как основную часть административных функций несут муниципалитеты, то на местном уровне затраты на здравоохранение в расчете на душу населения, организация и тактика медицинского обслуживания существенно различаются.

Медицинская помощь предоставляется всем постоянным жителям Финляндии и финансируется преимущественно за счет налогов (как общегосударственных, так и местных). В 2002 г. доля муниципалитетов в финансировании здравоохранения составляла 43%, доля государственных субсидий – 18%, доля государственной системы медицинского страхования – 15%, доля частных источников (главным образом, это население) – 24%. В 1990-е годы вследствие экономического кризиса доля государственных субсидий сократилась, а доля государственной системы медицинского страхования возросла преимущественно за счет увеличения потребления новых дорогостоящих лекарственных средств. Примерно половину дохода муниципалитетов составляют налоги; на здравоохранение тратится около 25% муниципального бюджета.

Политика здравоохранения Финляндии направлена на сокращение преждевременной смертности, продление активной и здоровой жизни людей, обеспечение возможно лучшего качества жизни для всех.

В стране приняты и действуют законы, определяющие права пациента. Закон о статусе и правах пациентов применим в любой области здравоохранения, а также в отношении всех медицинских услуг, оказываемых учреждениями социального обеспечения. В соответствии с законом:

лечение не может проводиться без согласия пациента;

методы лечения должны применяться с согласия пациента;

пациенты могут, по их требованию, получать информацию о состоянии своего здоровья, объеме предполагаемого вмешательства, факторах риска и возможных альтернативных формах лечения;

пациенты имеют право на просмотр и исправление данных, записанных в их истории болезни;

пациентам, ожидающим курс лечения, должна быть сообщена причина ожидания и его примерный срок;

пациенты, не удовлетворенные курсом лечения, имеют право подать жалобу в соответствующую инстанцию;

учреждения медицинского обслуживания должны иметь уполномоченного по правам чело-

века для работы с клиентами, в обязанности которого входит информирование пациентов об их правах и оказание им помощи, в случае необходимости, при подаче жалобы, петиции или ходатайства о возмещении убытков;

должна приниматься во внимание точка зрения несовершеннолетних пациентов при достижении ими возраста, когда они в состоянии выражать свое мнение;

родители ребенка или его опекун не имеют права на отказ от лечения, если оно предотвращает риск для здоровья или спасает жизнь несовершеннолетнего лица.

Профилактическое медицинское обслуживание (в том числе, женские и детские консультации) бесплатно для пациентов. Кроме того, амбулаторное обслуживание в центрах здоровья, например, посещение терапевта или стоматолога, бесплатно для детей в возрасте до 18 лет, а за их лечение в стационаре может взиматься плата за первые 7 дней.

В Финляндии продажа лекарств разрешена только в аптеках. Это распространяется как на лекарства, изготавливаемые по рецептам, так и на розничную продажу. Учреждение социального страхования (KELA) компенсировало в 2003 г. около 28 млн рецептов на сумму более 1,4 млрд евро. Средний размер возмещения по медицинскому рецепту составил 52 евро.

Затраты на медицинское обслуживание постоянно возрастают. Рост затрат удалось в некоторой мере сдержать принятым в 2003 г. законом об адекватной замене лекарств, которая означает, что в аптеке клиенту должны предложить наиболее дешевое или средней стоимости аналогичное средство, содержащее в тех же количествах то же самое действующее вещество, что и в рецепте, выписанном врачом. Клиент решает сам, хочет ли он заменить свое лекарство более дешевым аналогом.

В последние годы в разных районах страны разрабатываются местные программы, цель которых – разделить поставщиков и покупателей медицинских услуг, а также экспериментальные проекты по созданию интегрированной системы первичной и специализированной медицинской помощи путем объединения медицинских учреждений в одну организацию или с помощью информационных технологий.

Дания. Как и в других странах Скандинавии, в Дании очень сильны традиции «государства всеобщего благосостояния», когда медицинским обслуживанием охвачено все население страны, а финансирование здравоохранения осуществляется в основном за счет налогов. Для всех граждан

страны медицинское обслуживание, в том числе диагностика и лечение, бесплатно, за исключением некоторых видов услуг, предусматривающих соплатежи пациентов (стоматология, физиотерапия и др.). Важными основополагающими ценностями системы здравоохранения страны являются принцип солидарности в финансировании и принцип справедливости [40–45].

Регулирование деятельности датской системы здравоохранения осуществляется совместными усилиями национальных государственных учреждений, административных областей и муниципалитетов. В сферу ответственности государства входят создание и обеспечение исполнения общей нормативно-правовой базы системы здравоохранения, а также координация и надзор за оказанием медицинских услуг на региональном и муниципальном уровнях. Оказание первичной и специализированной медицинской помощи относится к сфере ответственности пяти административных областей страны, в ведении которых находится большинство больниц.

Системе здравоохранения страны присущи проблемы, связанные с гарантией доступа к медицинскому обслуживанию и обеспечением его качества при условии строгого контроля затрат. К мерам общего характера, направленным на решение этих проблем, относится введение таких схем, как система финансирования больниц на основе принципа оплаты по результатам деятельности, управления эффективностью и сравнительного анализа показателей, а также элементы управляемой конкуренции и административные реформы. В 1993 г. был введен *принцип свободного выбора пациентом лечебного учреждения*. В 2002 г. – так называемое *право расширенного выбора*. Это означало, что если срок ожидания плановой медицинской помощи превышал два месяца, то пациент получал право расширенного выбора лечебного учреждения, в том числе из ряда частных и зарубежных клиник. Необходимо отметить, что возможности выбора пациента ограничиваются совокупностью тех лечебных учреждений, с которыми у областной администрации имеется соответствующее соглашение.

К последним по времени инициативам можно отнести административную реформу 2007 года, *введение гарантии*, в соответствии с которой максимальный срок ожидания плановой медицинской помощи ограничивается одним месяцем, а также *обеспечение гарантированного доступа к врачам-специалистам в течение 48 часов в случае диагностирования у пациента онкологического заболевания*.

В результате *административной реформы 2007 года* произошло укрупнение прежних административно-территориальных единиц страны и перераспределены их задач и сферы ответственности. Сократилось число региональных органов власти – 14 округов были преобразованы в 5 более крупных административных областей (в каждой из которых проживает от 0,6 до 1,6 млн жителей), а число муниципалитетов сократилось с 275 до 98. Основная ответственность областей заключается в обеспечении функционирования служб здравоохранения; кроме того, на этом уровне решаются также некоторые задачи в области охраны окружающей среды и регионального развития. Большинство других задач передано в ведение центра или муниципалитетов. Новым муниципалитетам передана вся ответственность за обеспечение мероприятий в области профилактики заболеваний, укрепления здоровья и внебольничной помощи и реабилитации.

Реформа была обусловлена необходимостью содействия централизации оказания медицинских услуг на уровне больниц и повышения роли муниципалитетов в проведении профилактических мероприятий и оказании услуг по реабилитации. Изменилась и система финансирования здравоохранения: если раньше основным источником финансирования в областях были налоговые поступления в областные бюджеты в сочетании с некоторыми государственными грантовыми субсидиями, то в настоящее время таким источником стали государственные грантовые субсидии и соплаты со стороны муниципалитетов.

До 2007 года датская система здравоохранения финансировалась за счет прогрессивного подоходного налога, взимаемого на национальном уровне, и пропорциональных подоходного налога и налога на имущество, взимаемых на региональном уровне. Налоговые поступления в национальный бюджет перераспределялись по округам и муниципалитетам путем выделения блочных субсидий, размер которых основывался на ряде объективных критериев, и частичного финансирования больниц по результатам деятельности. Целью такой системы было поддержание принципов солидарности в финансировании и справедливости в здравоохранении. С 2007 г. *финансирование здравоохранения* производится за счет взимаемых на национальном уровне пропорциональных целевых налогов. Большинство этих налоговых поступлений (80%) перераспределяется по областным бюджетам путем выделения блочных субсидий, основанных на объективных критериях (социальных и демографических показателях), а оставшиеся

20% – по новым муниципалитетам, которые в свою очередь должны использовать эти фонды для финансирования областных больниц, обслуживающих население соответствующих областей. Резервирование налоговых поступлений специально для заявленных целей здравоохранения является для Дании новшеством, оно призвано обеспечить большую прозрачность данного сектора для налогоплательщиков. Вместе с тем, этот механизм ограничивает возможности по распределению финансовых средств внутри отрасли.

В Дании все более ощутимо растет уровень участия пациентов в оплате медицинских услуг. В основном это касается лекарств, стоматологического обслуживания и физиотерапии, что связано с быстрым ростом рынка частного медицинского страхования. Его формирование частично обусловлено появлением на рынке труда соглашений о групповом медицинском страховании наемных работников. Некоторые выступают также за более активное введение соплатежей пациентов за услуги врачей общей практики, чтобы сократить таким образом объем неоправданного использования населением этих услуг. Со временем все эти тенденции могут привести к серьезным изменениям в системе финансирования здравоохранения Дании, которые чреваты нарушением общих принципов солидарности и справедливости.

В основе системы здравоохранения Дании лежит принцип всеобщего, свободного и равного доступа населения к медицинскому обслуживанию. Возможностью свободного выбора медицинских учреждений в большей степени пользуются пациенты с более высоким уровнем образования и стабильной занятостью.

Следует отметить, что в настоящее время распределение ресурсов на здравоохранение удовлетворяет потребностям населения. Такие меры, как сокращение срока ожидания плановой медицинской помощи и связанная с расширением свободы выбора гарантия, ограничивающая этот срок, обеспечивают населению относительно быстрый доступ к услугам здравоохранения. Гарантия, касающаяся ограничения срока ожидания плановой медицинской помощи, обеспечивает доступ к лечению в государственных или частных медицинских учреждениях в Дании или за границей, если предполагаемый срок ожидания превышает один месяц. Результаты опросов неизменно демонстрируют высокий уровень удовлетворенности пациентов как услугами врачей общей практики, так и медицинским обслуживанием в больницах.

В целом система здравоохранения Дании обеспечивает хорошее «соотношение цены и качества».

На протяжении многих лет важнейшими отличительными чертами датской системы здравоохранения являются механизм контроля доступа к специализированной медицинской помощи и к услугам врачей-специалистов, который осуществляется силами врачей общей практики, выполняющих роль «привратника» (диспетчера), а также *общий принцип подхода к лечению, когда пациенту следует обеспечить адекватное лечение на наиболее низком уровне системы специализированной помощи, а не создавая свободный доступ к медицинским учреждениям более высокого уровня специализации.*

В конце 1990-х годов в Дании сформировалась *система клинико-статистических групп (КСГ)*, и были установлены цены на медицинские услуги в зависимости от диагноза. В результате появилась правовая основа для проведения ряда экспериментов по финансированию на базе КСГ в качестве дополнения к стандартным блочным субсидиям и системе глобального бюджетирования. Лечение пациентов, воспользовавшихся своим правом свободного выбора, оплачивается полностью по принципу КСГ. С 2006 г. правительство при распределении фондов всячески стремится использовать принцип финансирования на основе КСГ, чтобы создать стимулы для повышения эффективности работы больниц. Поставлена задача постепенного повышения уровня финансирования на основе КСГ с 20 до 50%.

В 2002 г. в стране внедрена *национальная система обеспечения качества в здравоохранении*, объединившая ряд существовавших национальных и региональных проектов (включая клинические базы данных, клинические рекомендации, схемы аккредитации и национальные исследования удовлетворенности пациентов) в единую комплексную систему, охватывающую все аспекты отрасли здравоохранения. Основные компоненты этой системы – разработка стандартов (например, общих, касающихся процессов, специальных, касающихся конкретных нозологий, и организационных) и контрольных показателей. На базе этих стандартов и показателей можно организовать систему внутреннего обеспечения качества, систему сравнительного анализа показателей и внешнюю аккредитацию. Чтобы упростить процесс сравнения и выбора, данные о качестве публикуются в Интернете. На сегодняшний день есть возможность сравнить уровни качества медицинского обслуживания в семи диагностических категориях (диабет, рак легкого, шизофрения, сердечная недостаточность, перелом костей тазобедренного сустава, инсульт и экстренные хирургиче-

ские вмешательства по поводу желудочно-кишечных кровотечений), а также рейтинги удовлетворенности пациентов услугами всех отделений больниц. Аккредитация больниц производится раз в три года на основании проведенных внутренних оценок. Внешнюю аккредитацию проводят независимые эксперты.

В **странах Балтии** с 1991 г. системы здравоохранения прошли идентичные этапы реформирования, совершив переход от советской централизованной государственной системы к частично или полностью децентрализованной схеме с укреплением обязательного всеобщего медицинского страхования, однако достигнутые ими результаты существенно отличаются [46].

Литва. До восстановления независимости в стране действовала централизованная система охраны здоровья с государственным бюджетным финансированием отрасли. Организации здравоохранения были довольно равномерно распределены по территории, медицинская помощь была доступна всему населению страны. При этом пациенты не могли по своему усмотрению выбирать специалиста, оказывающего медицинские услуги, а медицинские работники, в свою очередь, не были заинтересованы в повышении качества медицинской помощи [46–48].

С середины 1997 г. в Литве введено *обязательное медицинское страхование*. Административные функции выполняет централизованная система государственных больничных касс. Взносы на здравоохранение установлены как часть подоходного налога с лица (30%) и 3%-го тарифа социального страхования. Страховые взносы за детей, пенсионеров, безработных, других социально незащищенных лиц платит государство из бюджета.

Медицинские услуги оплачиваются по договорам, заключенным между лечебными учреждениями и больничными кассами. Расценки при этом устанавливает Минздрав, и стоимость их не высока. Договоры с больничными кассами могут заключать и частные лечебные учреждения, но стоимость их услуг также регулируется (тарифы не могут превышать государственные больше, чем на 60%). В принципе, застрахованные могут выбирать лечебное учреждение и врача, однако на практике это не всегда осуществимо по материальным причинам и из-за бюрократических барьеров.

Застрахованным лицам предоставляются все медицинские услуги без дополнительной платы. Незастрахованные получают только необходимую помощь. Поскольку ее объем до сих пор четко не определен и существуют проблемы с проверкой уплаты страховых взносов, практически выпол-

нить это требование законодательства весьма затруднительно.

Стоимость медикаментов компенсируется пациентам по списку лекарственных средств. Поскольку возмещается стоимость не самого препарата, а его действующего вещества, за большинство лекарств больные должны доплачивать. Фонд страхования здоровья также частично (в зимнее время – полностью) компенсирует санаторное и реабилитационное лечение.

За последние 15 лет на треть сокращен коечный фонд. В стране созданы два университетских (в Вильнюсе и Каунасе) и три региональных (в Клайпеде, Шауляе и Паневежисе) медицинских центра. Небольшие больницы остались во всех районных центрах, но если требуется серьезное хирургическое вмешательство или длительное лечение в стационаре, больных отправляют в университетские центры.

По мнению литовских медиков, модель финансирования здравоохранения из налогов уже устарела и не может нормально функционировать. В стране катастрофически упала рождаемость, увеличилось количество людей пенсионного возраста, и налогов, которые платит трудоспособная часть населения, не хватает на оказание медицинской помощи всем гражданам. Кроме того, средства расходуются нерационально, поскольку дублируются многие услуги и функции, особенно в больших городах, где находится много медицинских учреждений.

В условиях глобального кризиса обсуждаются вопросы дальнейшей реструктуризации стационарной сети. Минздрав предлагает, исходя из охвата территории и числа обслуживаемых пациентов, присвоить всем лечебным учреждениям страны одну из трех «Р», то есть статус районной, региональной или республиканской клиники. Нормы и количество предоставляемых услуг определяют объемы финансирования соответствующего учреждения [48].

Следует отметить, что даже в нынешнем состоянии систему здравоохранения Литвы считают одной из лучших в Европе. По международным оценкам, страна находится на 4-м месте в Евросоюзе по соотношению качества и цены медицинских услуг.

Латвия. В 1993 г. в Латвии началась реформа финансирования здравоохранения, которая была направлена на переход от социалистического планирования и финансирования лечебных учреждений по сметному принципу к оплате за проделанную работу. В стране внедрена *система медицинского страхования*, и здравоохранение финанси-

руется из средств страховых взносов. С целью осуществления государственной политики в области обеспечения доступности медицинских услуг и администрирования средств государственного бюджета, предназначенных на здравоохранение, в соответствии с постановлением Кабинета министров от 06.10.2009 г. №1149 создан *Расчетный центр здравоохранения (РЦЗ)*, являющийся преемником Государственного агентства обязательного медицинского страхования, в которое, в свою очередь, были объединены региональные больничные кассы [49].

В функции РЦЗ входит:

администрирование предусмотренных на здравоохранение средств из государственного бюджета и расчет в соответствии с заключенными договорами за предоставленные медицинские услуги, а также за медикаменты и медицинское оборудование, предназначенное для амбулаторного лечения;

контроль использования лечебными учреждениями и аптеками переданных в управление РЦЗ государственных бюджетных средств;

анализ финансовых и объемных показателей медицинских услуг, прогнозирование объема медицинских услуг и оценка необходимости данных услуг;

информирование населения о доступных медицинских услугах и порядке их получения;

организация и осуществление предусмотренных нормативными актами централизованных закупок лекарственных средств и медицинского оборудования;

реализация программы по своевременному диагностированию рака;

возврат в порядке регресса средств, потраченных на лечение, если лечение явилось следствием противоправного действия или бездействия или преступного деяния;

обеспечение исполнения международных обязательств по доступности медицинских услуг.

РЦЗ осуществляет отбор (в случае необходимости) поставщиков оплачиваемых государством услуг здравоохранения; заключает договоры на предоставление оплачиваемых государством медицинских услуг и на обеспечение медицинским оборудованием и компенсируемыми из средств государственного бюджета медикаментами, предусмотренными для амбулаторного лечения (в стране существует система компенсации расходов на приобретение лекарств для определенных групп населения – компенсируется 50, 75 и 100% стоимости лекарств, внесенных в соответствующий список); создает, поддерживает и пополняет регистр лиц, пользующихся медицинскими услуга-

ми; анализирует и обобщает информацию об исполнении заключенных договоров и т.д.

В собственности государства остались только 14 наиболее крупных организаций здравоохранения. Все остальные больницы и центры здоровья, созданные на базе бывших поликлиник, являются обществами с ограниченной ответственностью – частными организациями. Чтобы иметь право предоставлять населению услуги государственной медицины, они заключают договор с Расчетным центром здравоохранения, который как бы покупает у них определенный объем этих услуг оптом [50–53].

Первичное медицинское обслуживание (ПМО) осуществляет команда врачей ПМО, состоящая из врача и медсестры ПМО и/или помощника врача. В качестве врача первичного медицинского обслуживания может работать семейный врач, педиатр и интерн (терапевт). Вместе с тем, следует отметить, что большинство практикующих в настоящее время семейных врачей – это прошедшие краткосрочную переподготовку узкие специалисты, что представляет серьезную проблему. Каждый семейный врач имеет собственную практику, арендуя помещение в центрах здоровья или, вместе с другими семейными врачами и специалистами, в неких подобиях поликлиник. Семейный врач ведет прием, лечит прикрепленных к нему пациентов и направляет их к специалистам или в больницу.

Исходя из финансовых средств, предусмотренных законом о государственном бюджете на очередной год, для каждого семейного врача устанавливается годовой объем выписываемых компенсируемых медикаментов, который определяется, исходя из количества приписанных к врачу пациентов и структуры их заболеваний (т.е. если у врача есть тяжелые хронические пациенты, то это дополнительно учитывается при определении его годового бюджета).

Типичной чертой здравоохранения Латвии стали огромные очереди к семейным врачам. Они возникают, во-первых, из-за недостатка финансирования: объем оплачиваемых государством услуг ограничен, он ниже потребности населения. Во-вторых, причина также в дефиците кадров: существующего количества врачей недостаточно, чтобы оказать услуги всем пациентам.

С 1 января 2009 г. 3%-й взнос обязательного страхования здоровья платит работодатель, а 6%-й взнос обеспечивает работник. Значительная часть населения отказывается от необходимой медицинской помощи из-за чрезмерно высоких взносов. Более того, нередко, заплатив завышен-

ные взносы, пациент не получает оптимальных услуг. Слишком высокая стоимость стационарного лечения (существуют только два ограничения – общая сумма взноса пациента, уплаченная за каждый случай лечения в больнице, не должна превышать 250 латов, а общая сумма взноса пациента в течение одного календарного года не может превышать 400 латов) заставляет большинство латвийцев от него отказываться. К этому добавляются социальные факторы: позиция работодателя, не поощряющего больничные листы, отсутствие времени на лечение, недостаточное внимание к своему здоровью и т.д.

Согласно опросам, каждый третий житель Латвии вынужден регулярно отказывать себе в покупке лекарств. Основная причина – *недостаточное дотирование их приобретения*. По этому показателю Латвия значительно отстает не только от стран Западной Европы, но и от соседних государств. В результате квоты на лекарства у семейного врача нередко заканчиваются уже в середине месяца.

Оценивая нынешнее состояние здравоохранения, следует отметить, что, обращаясь за медицинской помощью, пациент сталкивается с тремя основными проблемами: недоступностью медицинских услуг из-за нехватки средств; низким качеством предоставляемых услуг; высокой стоимостью лекарств. Медицина в Латвии финансируется по остаточному принципу: не бюджет запрашивается под объем необходимых услуг, а услуги оказываются исходя из выделенного финансирования, а так как его явно недостаточно, то постоянно растут соплатежи пациентов, часто существенно превосходя их возможности. Кроме того, перечень медицинских услуг, которые не оплачиваются из государственного бюджета (т.е. перечень платных медицинских услуг), утвержден постановлением Кабинета министров от 19.12.2006 г. №1046, содержит 41 позицию, включая даже вызов на дом собственного семейного врача (в действующей редакции указанного постановления (декабрь 2009 г.) платными (1,4 евро) являются и визиты к своему семейному врачу), а с 1 апреля 2011 г. вступили в силу поправки о порядке оплаты компенсируемых медикаментов, которые предусматривают доплату пациентов в размере 50 сантимов за каждый рецепт на 100%-но компенсируемое лекарство и медицинское устройство.

Эстония. В 1990-х гг. в стране было введено финансирование медицинской помощи за счет социального медицинского страхования и осуществлена децентрализация [54–61]. Правовую базу

реформирования в медицине составили закон о медицинском страховании (1991 г.) и закон об организации оказания медицинских услуг (1994 г.). Вначале была предпринята попытка создать конкурентную модель ОМС – с множеством независимых страховщиков, работающих по территориальному принципу, однако уже в 1995 г. от этой модели отказались из-за возросших различий в финансовом обеспечении районов страны. В 2000 г. *Эстонский фонд медицинского страхования (ЭФМС)* получил статус самоуправляемой публично-правовой организации, а в 2001 г. – свой нынешний статус независимого государственного юридического лица, заменив 17 региональных и один центральный фонд медицинского страхования. В обязанности Фонда входят заключение договоров с производителями медицинских услуг; оплата медицинских услуг; оплата льготных лекарственных средств; выплаты пособий по больничному листу, беременности и родам.

На первом этапе после восстановления независимости первичную медицинскую помощь оказывали и врачи общей практики, и специалисты узкого профиля. В настоящее время их функции четко разграничены, и *первичную медицинскую помощь оказывают только врачи общей практики (семейные врачи)*, обычно работающие по договору с ЭФМС.

У каждого семейного врача есть постоянные, закрепленные за ним пациенты (от 1200 до 2000 чел.). Пациенты могут в любое время сменить семейного врача.

К основным услугам, предоставляемым семейными врачами, относятся диагностические процедуры, лечение общих заболеваний, консультирование, укрепление здоровья и профилактика заболеваний. Семейные врачи регулируют доступ к большинству специалистов. Для поступления в стационарное отделение (кроме случаев неотложной помощи) необходимо иметь направление от семейного врача. Без такого направления или рекомендации можно обращаться к офтальмологам, дерматовенерологам, гинекологам, психиатрам, стоматологам и, в случае травмы, к травматологам и хирургам.

Уровень интернетизации Эстонии достигает 90%, и у каждого пациента есть возможность записаться к своему семейному врачу через Интернет. С 2010 г. в стране существует *единая база данных*, в которую пациент или медицинский работник может попасть при помощи ID-карты с персональным микрочипом через специальный цифровой считыватель и Интернет, и *единая цифровая база выписывания рецептов*, сделавшая не-

нужными прежние бумажные рецепты. После получения у врача рецепта больной приходит в ближайшую аптеку, где по базе цифровых рецептов и его ID-карте ему выдается необходимое лекарство.

Услуги врачей общей практики возмещаются на основе: подушевого норматива (73% бюджета общих врачебных практик); оплаты за каждую услугу (14%); по смете (11%); выплат бонусов за результаты деятельности. В 2006 г. была введена бонусная система – главным образом, за объем профилактической деятельности и участие в программах управления хроническими заболеваниями. Приоритеты – наблюдение за пациентами с гипертонией и диабетом, а также проведение вакцинации, маммографии. Кроме того, дополнительно оплачиваются малая хирургия, наблюдение за беременными и принятие родов (если ВОП прошли соответствующее обучение и получили право на проведение этих видов работ). В 2008 г. в программу оплаты за результаты включили наблюдение за лицами, перенесшими инфаркт. Четко определены показатели состояния этих больных, за которые выплачиваются бонусы.

Максимальный размер бонуса – 255 евро в месяц в дополнение к обычной оплате. ВОП сами решают, участвовать ли им в программе, но следует отметить, что в 2008 г. в программе бонусов участвовало 80% таких врачей.

Специализированное медицинское обслуживание подразделяется на два уровня: амбулаторный и стационарный. За последние 10 лет высокоспециализированная помощь была снова централизована, а амбулаторная специализированная помощь – децентрализована.

Амбулаторную специализированную помощь предоставляют поликлиники, медицинские центры, поликлинические отделения больниц и независимые врачи-специалисты. Некоторые из них, в первую очередь стоматологи, гинекологи, урологи, офтальмологи и отоларингологи, занимаются частной практикой, но большинство врачей других специальностей работают в поликлинических отделениях больниц. Врачи-специалисты могут заключать договоры с ЭФМС независимо от того, работают они в частном или государственном секторе.

Оплата специализированной амбулаторной помощи осуществляется: за каждую услугу (84% расходов на нее); на основе «комплексной цены», т.е. за нормативную стоимость законченного случая амбулаторной помощи (10%); за укрупненную единицу услуг в разрезе отдельных клинико-статистических групп (6%).

Стационарную специализированную помощь предоставляют больницы, преобразованные в ак-

ционерные компании и некоммерческие организации. Имеются две региональные больницы, которые обслуживают территорию с населением около 500 тыс. человек каждая, оказывая специализированную и высокоспециализированную помощь. Это клиника Тартуского университета, которая предоставляет полный спектр медицинских услуг для жителей южной части страны, и Таллиннская региональная больница, обслуживающая северную часть Эстонии. Остальную часть государства – территорию с населением около 200 тыс. человек каждая – обслуживают четыре центральные больницы.

Оплата стационарной помощи включает следующие компоненты: за детальную услугу (24% расходов на стационарную помощь); за случай лечения (10%); за койко-день (31%) и за укрупненную единицу услуг в разрезе отдельных КСГ (35%).

В тариф на койко-день включены затраты, связанные с установлением диагноза, выполнением несложных процедур, сестринским уходом, лекарственным обеспечением. Нормируется длительность пребывания, при этом каждый последующий день сверх нормативного возмещается по более низкой ставке, что привело к сокращению длительности нахождения пациентов в больницах кратковременного пребывания с 11,4 дней в 1994 г. до 6,4 дней в 2008 г.

Хирургические операции и некоторые наиболее сложные клинические процедуры оплачиваются за детальную услугу или законченный случай.

В 2001 г. была начата работа по формированию *общенациональной системы клиничко-статистических групп*, которая была введена в 2004 г. Установлены единые тарифы для всех больниц безотносительно их расположения и статуса.

В 2006 г. врачебными ассоциациями были рассчитаны тарифы на основе новых описаний медицинских технологий. ЭФМС проведена оценка бюджета на основе новых тарифов и определены отклонения от плановых расходов, на основе чего было принято решение о том, какие виды помощи возмещаются по рассчитанным тарифам, а какие нет.

Таким образом, система оплаты медицинской помощи направлена на то, чтобы, с одной стороны, расширить функции первичного звена, с другой – обеспечить повышение интенсивности и качества стационарной помощи.

С 2001 г. в Эстонии для сокращения очередей были введены *предельные сроки ожидания приема у врача-специалиста и госпитализации*. Для амбулаторной специализированной помощи они

составляют 3 недели (в экстренных случаях – одну неделю), для срочной госпитализации – одну неделю, для плановой – 6 недель.

Здравоохранение в стране финансируется преимущественно за счет налогов. *Главным источником финансирования является целевой налог с заработной платы* – на его долю приходится более 60% всех расходов на здравоохранение. Доля государственного финансирования здравоохранения несколько уменьшилась с 89,8% в 1995 г., но по-прежнему очень существенна. ЭФМС аккумулирует поступления от целевого социального налога и расходует их на оплату медицинской помощи, лекарств, выплату пособий по временной нетрудоспособности, беременности и родам. Обязательным страхованием, предлагаемым ЭФМС, охвачено более 95% населения Эстонии.

Застрахованные в ЭФМС делятся на четыре категории: граждане, которые сами платят налог на медицинское страхование; те, за кого платит государство; те, кто имеет право на бесплатное страхование, и застрахованные по международным соглашениям. Наемные работники и работающие на себя жители платят взносы в ЭФМС в виде целевого налога на заработную плату. Это социальный налог, который включает взносы на социальное медицинское страхование и в пенсионный фонд (13% заработной платы наемного работника или 20% трудового дохода работающего на себя человека). Государство платит страховые взносы за тех, кто находится в отпуске по уходу за ребенком, за зарегистрированных безработных (не более 9 мес.), а также за людей, ухаживающих за инвалидами. Другие группы населения, включая детей, пенсионеров, лиц, получающих пенсию по инвалидности, и студентов, приравниваются к застрахованным, хотя взносы за них не платят ни они сами, ни государство. С конца 2002 г. разрешено добровольное страхование в ЭФМС тем, кто мог остаться без медицинской страховки. В случае добровольного страхования страховой взнос составляет 13% средней заработной платы в стране за предыдущий год.

В функции ЭФМС входит *контроль качества медицинской помощи*. Главный инструмент контроля – проведение клинических аудитов, то есть комплексной оценки результатов деятельности организаций здравоохранения. Объект оценки – не отдельный случай лечения, взятый на основе случайной выборки, а совокупность случаев. Определяются результаты конкретных медицинских вмешательств (например, уровень больничной летальности, частота осложнений, повторные госпитализации после хирургических операций).

Клинические аудиты проводятся специализированными врачебными ассоциациями на основе договоров с Фондом, и, таким образом, объективность и компетентность оценки качества медицинской помощи определяются не квалификацией конкретного врача-эксперта, а коллективным органом, объединяющим врачей определенной специальности.

Другой инструмент повышения качества – поддержка передовой клинической практики. Фонд заключает договоры с врачебными ассоциациями на *разработку клинических руководств по лечению определенных заболеваний*. Активная роль ЭФМС в решении этого вопроса определяется тем, что разработка клинических руководств оказывается малопродуктивной, если она не подкрепляется экономическим анализом возможности применения новых медицинских технологий.

Таким образом, за годы независимости в стране удалось внедрить обязательное медицинское страхование, повысить качество медицинских услуг и улучшить социально-демографические характеристики. Эстония – лидер среди стран Евросоюза по соотношению цены и качества медицинских услуг.

Стратегия реформы здравоохранения была сформулирована еще в начале 1990-х гг., и с тех пор последовательно проводится курс на первоочередное развитие первичной медицинской помощи, причем не только за счет значительных вложений, но и на основе преобразования организации этого сектора здравоохранения. В течение 10 лет удалось провести обучение всех участковых врачей и существенно расширить круг их функций. Была проведена серьезная реструктуризация системы амбулаторно-поликлинической помощи. Реструктуризация сети больниц не свелась к свертыванию коечного фонда, а осуществлялась на основе серьезных обоснований необходимых сокращений и тщательно разработанного плана реструктуризации больничного сектора. В результате в стране сложилась многоуровневая система специализированной помощи; обеспечена высокая степень концентрации такой помощи в крупных центрах. Проводилась линия на интеграцию амбулаторной и стационарной специализированной помощи. Ясность стратегии, последовательность ее реализации, учет передового международного опыта – наиболее важные характеристики реформы эстонского здравоохранения.

В заключение следует отметить, что проводимые повсеместно реформы не являются образцом для слепого копирования или неоспоримым руководством к действию. Конкретные детали, не-

обходимые для воплощения их в жизнь в каждой стране, должны определяться условиями и оценкой ситуации на основе достоверной информации. Вместе с тем, не вызывает сомнения тот факт, что перемены необходимы, а стратегия и тактика этого процесса в такой чувствительной сфере, как здравоохранение, должны быть тщательно выверены с учетом мирового опыта реформирования и достигнутых при этом результатов.

ЛИТЕРАТУРА

1. Люблянская хартия по реформированию здравоохранения в Европе. – Любляна: Европейское региональное бюро ВОЗ, 1996. – 11 с.
2. Устав (Конституция) Всемирной организации здравоохранения // ВОЗ. Основные документы. – Женева, 2005. – С.1–26.
3. Совместная работа на благо здоровья. Доклад о состоянии здравоохранения в мире за 2006 г. – Женева: ВОЗ, 2007. – 237 с.
4. Стратегия работы Европейского регионального бюро ВОЗ на уровне стран «Адаптация служб Бюро с целью удовлетворения новых потребностей» – Женева: ВОЗ, 2000. – 9 с.
5. Усовершенствованные системы здравоохранения спасают жизни. – Копенгаген: Европейское региональное бюро ВОЗ, 2005. – 14 с.
6. *Валид, М.С.* Комплексное сравнение систем здравоохранения в мире / М.С.Валид, Н.В.Зайцева // Менеджер здравоохранения. – 2009. – №5. – С.58–64.
7. *Suhrcke, M.* Инвестиции в здоровье: ключевое условие успешного экономического развития стран Восточной Европы и Центральной Азии / M.Suhrcke, M.Mckee, L.Rocco. – Всемирная организация здравоохранения, Европейская обсерватория по системам и политике здравоохранения, 2008. – 274 с.
8. The Grass Is Not Always Greener: A Look at National Health Care Systems Around the World // Policy Analysis. – 2008. – No.613. – March 18.
9. *Docteur, E.* Health-Care Systems: Lessons from the Reform Experience / E.Docteur, H.Oxley // OECD Working Paper. – 2003. – No.9. – December 5.
10. *Maarse, H.* The Privatization of Health Care in Europe: An Eight Country Analysis / H.Maarse // Journal of Health Politics, Policy, and Law. – 2006. – Vol.31. – P.981–1014.
11. *Krugman, P.* The Health Care Crisis and What to Do about It / P.Krugman, R.Wells // New York Review of Books. – 2006. – March 23.
12. *Thompson, S.* Regulating Private Health Insurance in the European Union: Implications of Single Market Legislation and Competition Policy / S.Thompson, E.Mossialos. – European Health Policy Group, September 2004.
13. Первичная медико-санитарная помощь: сегодня актуальнее, чем когда-либо. Доклад о состоянии здравоохранения в мире. – Женева: ВОЗ, 2008. – 125 с.
14. *Алексеев, В.А.* Об итогах международной практики реформирования здравоохранения и рекомен-

- даниях ВОЗ / В.А.Алексеев, М.Ю.Сафонова // Здоровоохранение. – 2011. – №3. – С.65–71.
15. *Glenngard, A.H.* Health Systems in Transition: Sweden / A.H.Glenngard, F.Hjalte, M.Svensson, A.Anell, V.Bankauskaite. – Copenhagen: WHO Regional Office for Europe on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies, 2005. – 145 p.
 16. Системы здравоохранения: время перемен. Швеция (реферат обзора). – Копенгаген, 2002. – 10 с.
 17. Хулуп, Г.Я. Шведское здравоохранение: реформирование и приоритеты / Г.Я.Хулуп, М.В.Щавелева, А.Э.Глазкова // Медицина. – 2009. – №2 (65). С.11–13.
 18. *Антропов, В.В.* Здравоохранение и медицинское страхование в Швеции / В.В.Антропов // Проблемы управления здравоохранением. – 2006. – №1 (26). – С.43–48.
 19. *Москаленко, В.Ф.* Тенденції громадського здоров'я населення Швеції та особливості організації системи охорони здоров'я / В.Ф.Москаленко, О.В.Грузева // Новини Національного медичного університету імені О.О.Богомольця. Внутрішня медицина. – 2007. – Т.5, №5.
 20. *Канцидайло, Т.* Здравоохранение Швеции: от богатых традиций до современных приоритетов / Т.Канцидайло // Здоров'я України. – 2009. – №3. – С.14.
 21. National Social Insurance Board: Social Insurance Statistics. Facts 1994. – Stockholm, 1995. – P.14.
 22. *Kaati, P.* Sweden's Health Care System / P.Kaati // Handbook of International Health Care Systems. – New York, 2002. – P.299.
 23. *Anell, A.* Resources in Swedish health care – a comparison with Denmark, France, Norway, Great Britain, Germany and the USA / A.Anell, F.Hjalte // Institutet for Halso- och sjukvardsekonomi e-rapport 2004:4. – Режим доступа: <http://www.ihe.se>. – Дата доступа: 06.04.2011.
 24. *Blomqvist, P.* The choice revolution: privatization of Swedish welfare services in the 1990s / P.Blomqvist // Social Policy and Administration. – 2004. – V.38. – P.139–155.
 25. *Burström, B.* User charges in Sweden / B.Burström // Euro Observer. – 2004. – V.38, No.3. – P.5–6.
 26. *Harrison, M.I.* The reorientation of market-oriented reforms in Swedish health care / M.I.Harrison, J.Calltorp // Health Policy. – 2000. – V.50. – P.219–240.
 27. *Johnsen, J.R.* Health Systems in Transition: Norway / J.R.Johnsen. – Copenhagen: WHO Regional Office for Europe on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies, 2006. – Vol.8, No.1. – 187 p.
 28. *Мартынович, А.* Скандинавские стандарты системы здравоохранения Норвегии / А.Мартынович // Здоров'я України. – 2008. – №22. – С.18–19.
 29. *Bottom, G.* Trading Practices: Lessons from Scandinavia / G.Bottom, S.Grepperud, S.M.Neiland // Health Affairs. – 2004. – Vol.69. – P.317–327.
 30. *Hagen, T.* The Norwegian Hospital Reform of 2002: Central Government Takes Over Ownership of Public Hospitals / T.Hagen, O.Kaarboe // Health Organization Research Norway (HORN) Working Paper. – 2004. – No.1.
 31. *Siciliani, L.* Explaining Waiting Times Variations for Elective Surgery across OECD Countries / L.Siciliani, J.Hurst // OECD Health Working Paper. – 2003. – No.7.
 32. *Hoel, M.* Private Health Care as a Supplement to a Public Health System with Waiting Time for Treatment / M.Hoel, E.Saether. – Oslo: Ragnar Frisch Center for Economic Research, 2000.
 33. *Slattebrekk, O.V.* Aspects of the Norwegian hospital reforms / O.V.Slattebrekk, H.P.Aarseth // Eurohealth. – 2003. – Vol.9, No.2 (Summer).
 34. *Vuorenkoski, L.* Finland: Health system review / L.Vuorenkoski, P.Mladovsky, E.Mossialos // Health Systems in Transition. – 2008. – Vol.10, No.4. – P.1–168.
 35. *Hakkinen, U.* The impact of changes in Finland's health care system / U.Hakkinen // Health Economics. – 2005. – No.14. – P.sl01–sl18.
 36. *Hakkinen, U.* Reform, change and continuity in Finnish health care / U.Hakkinen, J.Lehto // Journal of Health Politics, Policy & Law. – 2005. – No.30. – P.79–96.
 37. *Teperi, J.* Sufficient services for all. Perspectives on equity in social and health care / J.Teperi. – Helsinki: National Research and Development Centre for Welfare and Health, 2006.
 38. *Puhakka, M.* Referral to specialised care. Assessment of a physician panel on quality and consequences of referrals / M.Puhakka [et al.] // Suomen Laakarilehti. – 2006. – Vol.61. – P.5205–5209.
 39. *Parmanne, P.* Physician shortage and purchasing of services from private providers continues to increase / P.Parmanne, J.Vanska // Suomen Laakarilehti. – 2006. – Vol.61. – P.5199–5203.
 40. *Strandberg-Larsen, M.* Denmark: Health System review / M.Strandberg-Larsen, M.B.Nielsen, S.Vallgarda, A.Krasnik, K.Vrangbaek, E.Mossialos // Health Systems in Transition. – 2007. – Vol.9, No.6. – P.1–164.
 41. *Birk, H.O.* Patients reactions to hospital choice in Norway, Denmark, and Sweden / H.O.Birk, K.Vrangbsek, U.Winblad, K.Ostergren // Health Economics, Policy and Law. – 2007. – Vol.2, No.2. – P.125–152.
 42. *Christensen, M.* The structure of the hospital sector in Denmark – the consequences of centralisation in the hospital sector. An anthology / M.Christensen, M.L.Nielsen, C.Holm-Petersen, A.Lassen. – Copenhagen: DSI – Danish Institute of Health Services Research, 2005.
 43. *Gundgaard, J.* Income-related equality in utilization of health services in Denmark: evidence from Funen County / J.Gundgaard // Scandinavian Journal of Public Health. – 2006. – Vol.34, No.5. – P.462–471.
 44. *Herborg, H.* Pharmaceutical care in community pharmacies: practice and research in Denmark / H.Herborg, E.W.Sorensen, B.Frokjaer // Ann. Pharmacother. – 2007. – Vol.41, No.4. – P.681–689.
 45. *Vallgarda, S.* Public Health policies: a Scandinavian model? / S.Vallgarda // Scandinavian Journal of Public Health. – 2007. – Vol.35, No.2. – P.205–211.

46. Мартынович, А. Здравоохранение Прибалтики – тернистый путь к европейским стандартам / А.Мартынович // Здоров'я України. – 2009. – №4. – С.10–11.
47. Health Systems in Transition: Lithuania. – European Observatory on Health Systems and Policies, 2000. – 86 p.
48. Бумажная реформа литовского здравоохранения. – Режим доступа: http://www.ltv.lv/litovskoje_vremia/pbk_obshestvo/2763. – Дата доступа: 07.04.2011.
49. Расчетный центр здравоохранения. – Режим доступа: <http://www.vnc.gov.lv/rus/agentura>. – Дата доступа: 07.04.2011.
50. Tragakes, E. Latvia: Health system review / E.Tragakes, G.Brigis, J.Karaskevica, A.Rurane, A.Stuburs, E.Zusmane, O.Avdeeva, M.Schafer // Health Systems in Transition. – 2008. – Vol.10, No.2. – P.1–253.
51. Karaskevica, J. Social conflicts in health care system of Latvia and possible solutions [thesis] / J.Karaskevica. – Riga: Riga International School of Economics and Business Administration, 2005.
52. Karaskevica, J. Latvia's health care system in movement / J.Karaskevica // Proceedings of the Fifth Ficossier General Conference. Athens, Greece, 12–14 June, 2002. – Athens, 2002. – P.113–129.
53. Zalite, Z. Family doctors will have greater funding and long-term agreements / Z.Zalite // Diena. – 2005. – March, 26.
54. Koppel, A. Estonia: Health system review / A.Koppel, K.Kahur, T.Habicht, P.Saar, J.Habicht, E.vanGinneken // Health Systems in Transition. – 2008. – Vol.10, No.1. – P.1–230.
55. Шарабчиев, Ю.Т. Организационно-правовые аспекты оказания первичной медико-санитарной помощи за рубежом. Сообщение 3 / Ю.Т.Шарабчиев, Т.В.Дудина // Медицинские новости. – 2011. – №1. – С.31–40.
56. Atun, R. Advisory support to primary health care evaluation model: Estonia PHC evaluation project / R.Atun. – Copenhagen: WHO Regional Office for Europe, 2004.
57. Atun, R. Introducing a complex health innovation – primary health care reforms in Estonia (multimethods evaluation) / R.Atun, N.Menabde, K.Saluvete [et al.] // Health Policy. – 2006. – No.79. – P.79–91.
58. Habicht, J. Detecting changes in financial protection: Creating evidence for policy in Estonia / J.Habicht, K.Xu, A.Couffinhal [et al.] // Health Policy and Planning. – 2006. – No.21. – P.421–431.
59. Habicht, T. Governing a single-payer mandatory health insurance system: the case of Estonia / T.Habicht // Governing mandatory health insurance: learning from experience / W.D.Savedoff, P.Gottret eds. – Washington, DC: World Bank, 2008.
60. Couffinhal, A. Health system financing in Estonia: situation and challenges in 2005 / A.Couffinhal, J.Habicht. – Copenhagen: Health Systems Financing Programme of the WHO Regional Office for Europe, 2005.
61. Vork, A. Household catastrophic expenditures on health care and distribution of taxation burden to households in Estonia 2000–2006: Technical report to World Health Organization / A.Vork. – Tallinn, 2008.

GLOBAL CRISIS AS A STIMULUS TO CHANGES IN PUBLIC HEALTH. Report 2
М.М.Сачек, I.V.Malakhova, N.Ye.Kheifets, М.В.Шchaveleva

The world economic crisis also caused a significant increase in expenditure on health and at the same time limited the possibility of the states as regards the compensation for this expenditure that urged the governments of various countries to seek additional sources of funding in order to ensure functioning of the branch as well as accessibility and quality of medical care. The experience on the problem solution was generalized and the results of the next stage of healthcare reforming in the Scandinavian and Baltic states were analyzed.

Поступила 08.06.2011 г.