

Реферат обзора

Дания

Основные положения

Дания – государство, отличающееся небольшой занимаемой территорией, высоким уровнем дохода и высокой плотностью населения, динамика которого соответствует тенденциям в других странах Западной Европы. Дания – конституционная монархия с парламентарной формой правления; административно-территориальное деление в стране представлено тремя уровнями – национальным, региональным и муниципальным. С позиций международной статистики показатели состояния здоровья населения Дании можно считать относительно положительными. Однако по некоторым показателям, таким как продолжительность жизни, Дания уступает другим странам Северной Европы. За последние несколько лет увеличилось число людей, страдающих излишним весом или ожирением, а злоупотребление алкоголем и табаком продолжают оставаться проблемой, хотя в последние годы отмечено дальнейшее сокращение курящего населения. Социально-экономическое неравенство в отношении здоровья выросло и представляет собой дальнейшую проблему.

Организационная структура и управление

В стране представлена достаточно децентрализованная система здравоохранения, при которой ответственность за предоставление ПМСП и специализированной помощи возложена на региональный и муниципальный уровни. Вместе с тем начался процесс (ре)централизации, в результате которого число регионов сократилось с 14 до 5,

а муниципалитетов – с 275 до 98. Доступ к широкому спектру медицинских услуг в основном предоставляется всем гражданам бесплатно. Организационная структура системы здравоохранения соответствует трем уровням административно-территориального деления – национальному, региональному и муниципальному. Планирование и регулирование осуществляется как на национальном, так и на региональном и муниципальном уровнях. Государство несет всецелую ответственность по выполнению функций нормативно-правового регулирования и надзора, равно как и фискальную функцию, а также все больше берет на себя ответственность за более конкретные меры в области планирования, такие как контроль качества и планирование номенклатуры медицинского персонала по уровням оказания помощи в больницах. В ведении 5 регионов к тому же находятся как больницы, так и медицинские специалисты, осуществляющие индивидуальную трудовую деятельность. Муниципалитеты отвечают за проведение мер по профилактике заболеваний и продвижению здорового образа жизни. В последнее время значительное внимание уделяется созданию системы здравоохранения, отличающейся большим взаимодействием различных служб. Процесс регулирования системы осуществляется, помимо всего прочего, через национальные и региональные руководства, системы аккредитации медицинских работников и национальные системы контроля качества. С 1990-х годов в стране был принят ряд законов и проведены инициативы по усилению прав пациентов, включая национальные законы о праве выбора пациента, равно как и основание независимого правительственного института по контролю процедуры подачи жалоб.

Финансирование

Расходы на здравоохранение немного выше по сравнению с аналогичным средним показателем в странах-членах ЕС до мая 2004 года (ЕС-15). Более 80% расходов на здравоохранение финансируется государством посредством как блочных субсидий, так и по результатам деятельности. Значимость личных платежей граждан существенно различается в зависимости от вида медицинских услуг: больше всего данные платежи используются при оплате лекарственных средств, стоматологических услуг и очков, и в меньшей степени – для других видов услуг. Населению страны доступно ДМС. С 2002 года дополнительное ДМС, финансируемое государством, играет незаметную, но все более важную роль в финансировании плановой хирургии и физиотерапии, а также является предметом постоянного обсуждения среди политиков, которые утверждают, что ДМС способствует созданию и более эффективного сектора здравоохранения, и возникновению неравенства в доступе к медицинской помощи. Муниципалитеты финансируются из средств общего налогообложения (ставки утверждаются на региональном и муниципальном уровнях, а взимаются централизованно) и блочных субсидий от государства, а регионы финансируются из средств, направляемых государством (подходный налог, налог на добавленную стоимость (НДС), налоги на отдельные виды товаров, и т.д.) и муниципалитетами. В структуре финансирования отражены попытки контроля над расходами посредством глобального бюджетирования и введения верхнего порога оборота частных поставщиков. Данная тенденция также отражает попытки усилить меры по продвижению здорового образа жизни, клинического производства и более активного реагирования на потребности пациентов посредством предоставления свободного выбора больницы в сочетании с использованием финансирования больниц по результатам деятельности и внедрением механизмов возмещения расходов за медицинские услуги регионам муниципалитетами, таким образом, создавая для муниципалитетов финансовые стимулы к поддержанию здоровья прикрепленного населения.

Материальные и кадровые ресурсы

Материальная и организационная инфраструктура стационарного сектора подверглась изменениям. С начала 1990-х годов уменьшилось число коек в больницах краткосрочного, долгосрочного и психиатрического лечения. Показатель средней продолжительности пребывания в стационаре также сократился из-за изменений в схемах лечения, большего предоставления лечения в амбулаторно-поликлинических условиях, а также из-за принятия политики деинституализации в секторе психиатрической помощи. Одной из последних тенденций является объединение больниц и централизация медицинских специализаций, включая реорганизацию системы краткосрочного лечения. Наряду с данным процессом правительством была введена масштабная программа по инвестициям в новые больницы и совершенствованию действующих больниц. Использованию информационных технологий (ИТ) в секторе здравоохранения стали уделять больше внимания. Стратегии перехода на цифровой формат хранения медицинских данных были предложены несколько раз, однако внедрение данных стратегий было сопряжено с рядом трудностей в силу отсутствия взаимодействия различных служб. Вместе с тем на сегодня все врачи сектора ПМСП используют электронную медицинскую документацию. К числу продолжающихся инициатив относятся использование в 5 регионах национального медицинского регистра и электронных журналов пациентов. В отношении кадровых ресурсов отмечено следующее: число врачей незначительно растет, однако по-прежнему существуют трудности с комплектованием кадров, особенно в сельских районах. Врачи общей практики распределены по стране относительно равномерно, но практикующие специалисты сосредоточены в столице и других городах. Медицинские сестры составляют самую большую группу медицинских работников, и число медицинских сестер за последние десятилетия увеличилось. За последние 5–10 лет было отмечено активное привлечение медицинских работников из других стран.

Предоставление медицинских услуг

Службы общественного здравоохранения частично интегрированы в лечебные учреждения, но иногда организованы и как отдельные службы, функционирующие под управлением специализированных организаций. С 1999 года правительством был введен ряд национальных программ по оказанию государственных медицинских услуг и ряд стратегий, направленных на такие факторы риска, как неправильное питание, курение, употребление алкоголя и физическая активность. Сектор ПМСП включает частнопрактикующих (осуществляющих индивидуальную трудовую деятельность) врачей (врачей общей практики, специалистов, физиотерапевтов, стоматологов, мануальных терапевтов и фармацевтов), а также медицинские организации на муниципальном уровне, такие как дома для престарелых и инвалидов, службы сестринского ухода на дому, патронажных сестер и муниципальных стоматологов. Врачи общей практики выполняют контролируемую функцию, направляя пациентов для прохождения дальнейшего лечения в стационарах и специализированных клиниках. Большую часть услуг специализированной и высокоспециализированной медицинской помощи оказывают в больницах общего профиля, которые находятся в ведении и оперировании регионов. Врачи и другие медицинские работники больниц являются наемными служащими и получают фиксированную зарплату. В больницах предусмотрены стационарные и амбулаторные отделения (поликлиники), а также круглосуточно работающие отделения неотложной медицинской помощи. В поликлиниках часто производится диагностика и лечение пациентов до или после госпитализации. Большинство государственных больниц являются больницами общего профиля различного уровня специализации. Аптеки, функционирующие по территориальному признаку, организованы как частные предприятия, но их деятельность подлежит строгому государственному контролю

в части ценообразования и местоположения, чтобы обеспечить всему населению оптимальный доступ к фармацевтической продукции, даже в сельской местности. В стране действует система финансового выравнивания, предусматривающая перераспределение доходов аптек, оборот которых выше среднего, в пользу тех аптек, оборот которых ниже среднего. В стране реабилитационную помощь предоставляют многие участники секторов здравоохранения, социального обеспечения, производственного и образовательного, при этом каждый из этих секторов занимается различными аспектами реабилитации. Таким образом, все большее внимание в оказании реабилитационной помощи и интенсивной терапии уделяется проблеме обеспечения оптимизации маршрута пациента в системе здравоохранения. В последние годы развитие паллиативной помощи проходило медленно, а на момент написания обзора в стране велась работа над национальными инициативами. В Дании за здоровье полости рта у детей и подростков отвечает муниципальная стоматологическая служба. Стоматологическую помощь гражданам старше 18 лет оказывают частнопрактикующие стоматологи. В ведении Датского института качества и аккредитации в здравоохранении находится Датская программа оценки качества здравоохранения (Danske Kvalitetsmodel). Данная программа основана на соблюдении принципа аккредитации и стандартов, а также включает мониторинг качества оказываемой помощи в секторах ПМСП и специализированной помощи. Особым группам населения предоставлены различные виды доступа к официальной системе здравоохранения. Лица, получившие статус беженца, включаются в обычные региональные программы охвата населения медицинским обслуживанием и имеют те же права, что и жители, зарегистрированные в Государственном регистре населения. Лица, ищущие убежища, не охвачены региональной системой и имеют меньше прав на получение медицинской помощи. Нелегальные иммигранты имеют право только на лечение острых состояний. Вместе с тем недавно силами Датской

медицинской ассоциации, Датского красного креста и Датского совета по вопросам беженцев была открыта новая частная клиника по оказанию медицинской помощи нелегальным иммигрантам, для посещения которой им не потребуется официальной регистрации.

Основные реформы здравоохранения

К числу недавних реформ можно отнести изменение законодательства по вопросу предоставления пациентам права свободного выбора больниц, а также стандарт соблюдения гарантированного срока ожидания плановой медицинской помощи, равно как и реформы и инициативы, связанные с организацией административной структуры и стационарного сектора. Политические цели большинства инициатив были вынужденно направлены на усовершенствование механизмов стандартизации и контроля расходов. Главная структурная реформа 2007 года изменила территориально-административное деление Дании и привела к укрупнению муниципалитетов и регионов, а также к перераспределению задач и сфер ответственности. Процесс модернизации стационарного сектора включал реструктуризацию оказания помощи в больницах краткосрочного лечения, предусматривающую централизацию отделений в так называемые «объединенные отделения краткосрочного лечения». Другие инициативы включают введение национальных клинических маршрутов для пациентов, страдающих онкологическими и сердечно-сосудистыми заболеваниями, а также национального планирования в отношении распределения медицинских специальностей в больницах. Датская программа оценки качества здравоохранения, основанная на процессе аккредитации, также была создана и подлежит внедрению в рамках всей системы. В будущем не запланировано проведения масштабных реформ, однако на политической повестке дня вновь избранного правительства стоит ряд отдельных вопросов. Дальнейшие опасения вызывают три основные области – приоритизация ресурсов,

разрешение проблемы уменьшения числа медицинских работников и организация системы здравоохранения.

Оценка системы здравоохранения

В рамках законодательства в области здравоохранения все жители страны обладают правом на получение свободного и равного доступа к медицинской помощи, а пациенты получают право выбора любой больницы в стране для прохождения специализированного лечения. Финансирование системы осуществляется в основном из средств общего налогообложения, поступивших на государственный уровень (прогрессивный налог) и на муниципальный уровень (пропорциональный налог). В датской системе здравоохранения отмечен достаточно стабильный уровень личных платежей граждан (порядка 14%). В основном граждане из личных средств оплачивают лекарственные средства, стоматологическую помощь и услуги по физиотерапии, причем это значительно ограничивает доступ к данным услугам для малоимущих слоев населения, особенно в отношении стоматологической помощи. Расширение ДМС обусловлено стремлением больших групп населения сократить данные схемы софинансирования и распределить риски, а также при необходимости обеспечить доступ к небольшому сектору частных клиник. Соблюдение принципа непрерывности в оказании помощи представляется трудным в достаточно фрагментированной и децентрализованной структуре датской системы здравоохранения. С целью улучшения непрерывности в оказании помощи был проведен ряд инициатив, однако одной из серьезных проблем по-прежнему остается отсутствие интеграции в оказании помощи, особенно в отношении долговременной помощи при хронических состояниях.

Вместе с тем по общей смертности, а также по некоторым структурным показателям смертности Дания пока еще отстает от других стран Северной Европы. Вероятно, это

объясняется сочетанием ряда медицинских, экологических и поведенческих факторов. В стране существует проблема неравенства в отношении здоровья между представителями различных групп населения, в зависимости от их образования, рода деятельности и этнической принадлежности. Данная проблема в некоторой степени отражает неравенства в пользовании некоторыми медицинскими услугами, поскольку существуют явные социально-экономические и территориальные неравенства в доступе к медицинской помощи, связанной с общей профилактикой заболеваний, кроме того, существуют различия в оказании лечебных услуг, обусловленные наличием софинансирования и территориального распределения практикующих специалистов.

Сокращение сроков ожидания плановой медицинской помощи, равно как и введение стандарта соблюдения гарантированного срока ожидания плановой медицинской помощи и «возможности расширенного выбора» медицинского учреждения пациентом способствует тому, что медицинская помощь предоставляется пациентам в относительно короткие сроки (в течение одного месяца). Согласно опросам датских пациентов в стране отмечен очень высокий уровень удовлетворенности как врачами общей практики, так и услугами медицинских учреждений. Структурная реформа 2007 года ставила своей основной целью создание стимулов для муниципалитетов, направленных на усиление мер по общей профилактике заболеваний, продвижению здорового образа жизни и реабилитационной помощи за пределами больниц. Проведение данных инициатив все еще не достигло значимых результатов в муниципалитетах, а недавний финансовый кризис привел к сокращению муниципальных

бюджетов и возникновению сложностей с финансовым обеспечением новых инициатив, направленных на профилактику заболеваний.

В последние десятилетия прозрачность системы здравоохранения все больше становилась приоритетным направлением в политике. К числу инициатив, направленных на улучшение прозрачности, относится предоставление в сеть Интернет данных о показателях качества клинической деятельности медицинских учреждений. Населению была также предоставлена информация о фактических сроках ожидания плановой медицинской помощи в государственных медицинских учреждениях с тем, чтобы обеспечить пациентам право свободного выбора. В целом в стране наблюдается высокий уровень осведомленности населения об общих правах в отношении медицинской помощи, таких как стандарт соблюдения гарантированного срока ожидания плановой медицинской помощи и свободный выбор медицинского учреждения. Подотчетность покупателей и поставщиков медицинских услуг, главным образом, обеспечивается путем организации иерархического контроля внутри политико-бюрократических структур национального, регионального и муниципального уровней.

В последние годы стационарный сектор характеризовался медленным повышением эффективности, рост которой составил 5,6% в период 2009–2010 годов, в то время как цели, поставленные структурной реформой 2007 года, направленные на объединение муниципалитетов и проведение инициатив по организации большего числа мероприятий в области здравоохранения, все еще не оказали должного воздействия на общую производительность и эффективность муниципалитетов в секторе здравоохранения.