

Европейский **Центр координации**  
систем здравоохранения



# Системы здравоохранения на переходном этапе

**Соединенное Королевство**





Европейская обсерватория систем здравоохранения представляет собой организацию, основанную на партнерстве между Европейским региональным бюро Всемирной организации здравоохранения, правительством Норвегии, правительством Испании, Европейским инвестиционным банком, Всемирным банком, Лондонской школой экономики и политических наук и Лондонской школой гигиены и тропической медицины.

# Системы здравоохранения в переходный период

## Соединенное Королевство

1999 год

AMS 5001890 (UNK)

CARE 04 01 01

Target 19

1999 (R)

**Задача 19 – НАУЧНЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ И ИНФОРМАЦИЯ ПО ВОПРОСАМ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ**

К 2005 году все государства-члены должны располагать научно-исследовательскими, информационными и коммуникационными системами, которые смогут более эффективно содействовать приобретению, использованию и распространению данных в поддержку здоровья для всех.

**Ключевые слова:**

**ОКАЗАНИЕ МЕДИКО-САНИТАРНОЙ ПОМОЩИ  
ОЦЕНОЧНЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ  
ФИНАНСИРОВАНИЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ  
РЕФОРМА СИСТЕМ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ  
ПЛАНЫ РАЗВИТИЯ СИСТЕМЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ – организация и  
управление  
СОЕДИНЕННОЕ КОРОЛЕВСТВО**

**© Европейская обсерватория систем здравоохранения , 1999 год**

Настоящий документ можно беспрепятственно анализировать или цитировать, но не в коммерческих целях. Для приобретения прав на его тиражирование, будь-то частично или полностью, необходимо подать заявку в Секретариат Европейской обсерватории систем здравоохранения , Европейское региональное бюро ВОЗ, по адресу: Scherfigsvej 8, DK-2100 Copenhagen Ø, Denmark. Европейская обсерватория систем здравоохранения приветствует такие заявки.

Используемые в настоящем документе обозначения и изложение материала в нем не подразумевают выражение какого-либо мнения со стороны Европейской обсерватории систем здравоохранения или его организаций-участников в том, что касается правового статуса любой страны, территории, города или района или их органов власти или в том, что касается делимитации их государственных или, соответственно, административных границ. Названия стран или районов, используемые в настоящем документе, приводятся в том виде, в каком они были получены на момент составления настоящего документа на английском языке.

Мнения, высказанные в настоящем документе, являются мнениями авторов публикуемых материалов и не обязательно отражают решения или официальную политику Европейской обсерватории систем здравоохранения или его организаций-участников.

**Европейская обсерватория систем здравоохранения**

Европейское региональное бюро ВОЗ

Правительство Норвегии

Правительство Испании

Европейский инвестиционный банк

Всемирный банк

Лондонская школа экономики и политических наук

Лондонская школа гигиены и тропической медицины

## Содержание

<b><u>Предисловие</u></b> .....	V
<b><u>Выражение признательности</u></b> .....	VII
<b><u>Введение и историческая справка</u></b> .....	1
Вводный обзор .....	1
Историческая справка .....	5
<b><u>Организационная структура и управление</u></b> .....	13
Организационная структура системы здравоохранения .....	13
Планирование, регулирование и управление .....	24
<b><u>Финансирование и расходы на здравоохранение</u></b> .....	33
Основная система финансирования и покрытия расходов .....	33
Объем предоставляемых медицинских услуг и их нормирование ....	35
Дополнительные источники финансирования .....	40
Расходы на здравоохранение .....	45
<b><u>Система медицинского обслуживания</u></b> .....	53
Первичная медико-санитарная помощь и система общественного здравоохранения .....	53
Вторичная и третичная помощь .....	61
Социальное обслуживание .....	72
Людские ресурсы и профессиональная подготовка .....	76
Фармацевтические препараты и оценка технологий в области здравоохранения .....	84
<b><u>Распределение финансовых ресурсов</u></b> .....	86
Подготовка бюджета третьей стороны и распределение ресурсов ....	86
Оплата больниц .....	88
Оплата услуг медицинского персонала .....	91
<b><u>Реформа системы здравоохранения</u></b> .....	97
Цели и задачи .....	97
Реформы и законодательство .....	99
Осуществление реформ .....	102
<b><u>Выводы</u></b> .....	107
<b><u>Библиография</u></b> .....	111
<b><u>Приложение I</u></b> .....	113
<b><u>Сокращения</u></b> .....	117



## Предисловие

Тематические обзоры систем здравоохранения в переходный период (СЗПП) основаны на страновых докладах, в которых содержится аналитическое описание каждой системы здравоохранения и реформ, находящихся на стадии осуществления или разработки. Вопросы СЗПП занимают одно из центральных мест в деятельности Европейской обсерватории систем здравоохранения.

Обсерватория представляет собой уникальный проект, в рамках которого сотрудничают Европейское региональное бюро ВОЗ, правительства Норвегии и Испании, Европейский инвестиционный банк, Всемирный банк, Лондонская школа экономики и политических наук и Лондонская школа гигиены и тропической медицины. Такое партнерство имеет своей целью оказание поддержки и содействия процессу принятия обоснованных мер политики в области здравоохранения с помощью всеобъемлющего и тщательного анализа динамики развития систем здравоохранения в Европе.

Инициатива в области СЗПП имеет своей целью представление работникам, ответственным за принятие директивных решений, а также аналитикам соответствующей сравнительной информации о развитии систем здравоохранения и их реформах в странах Европы и за ее пределами. Тематические обзоры по СЗПП служат исходным материалом, который можно использовать для следующих целей:

- подробного изучения различных подходов к финансированию, организации и оказанию медико-санитарной помощи;
- точного описания процесса осуществления и содержания программ реформирования систем здравоохранения;
- освещения общих проблем и вопросов, требующих более глубокого анализа;
- создания механизма распространения информации о системах здравоохранения и для обмена опытом по стратегиям реформ между определяющими политику лицами и аналитиками в разных странах европейского региона.

Обзоры СЗПП подготавливаются национальными экспертами в сотрудничестве с руководителями исследований и персоналом Европейской обсерватории систем здравоохранения. В целях обеспечения максимальной сопоставимости между странами были использованы стандартные формы и вопросники. В них изложены подробные руководящие принципы и конкретные вопросы, определения и примеры для оказания содействия процессу подготовки материалов по СЗПП. Количественные данные по службам здравоохранения взяты из ряда различных источников, в частности из таких, как база данных Европейского регионального бюро ВОЗ «Здоровье для всех», база

данных по вопросам здравоохранения Организации экономического сотрудничества и развития (ОЭСР) и база данных Всемирного банка.

Подготовка тематических обзоров по СЗПП сопряжена с рядом методологических трудностей. Во многих странах имеется сравнительно небольшой объем информации о системе здравоохранения и последствиях реформ. Большая часть информации по СЗПП основана на материалах, представленных отдельными экспертами в соответствующих странах, подвергнутых внешнему анализу специалистами в этой области. Однако некоторые заявления и суждения могут отражать сугубо личную оценку. Кроме того, отсутствие единообразной согласованной терминологии для описания широкого разнообразия систем здравоохранения в европейском регионе может привести к различному пониманию и толкованию излагаемого материала. Для преодоления этой трудности была предпринята попытка разработать набор общих определений, и все же некоторых расхождений избежать не удалось. Эти трудности присущи любой попытке изучить системы здравоохранения на основе их сопоставления.

Обзоры СЗПП служат источником описательной, уточненной и сравнительной информации о системах здравоохранения, которая, следует надеяться, позволит лицам, определяющим политику, ознакомиться с важным опытом, имеющим отношение к положению дел в их собственной стране. Они служат также источником всеобъемлющей информации, с помощью которой можно осуществить более глубокий сравнительный анализ реформ. Эта серия обзоров публикуется в рамках текущей инициативы. В нее войдут обзоры по всем странам Европы, и эти материалы будут обновляться через регулярные промежутки времени с тем, чтобы наблюдать за ходом осуществления реформ в долгосрочной перспективе. С материалами по СЗПП можно ознакомиться также на веб-сайте Центра по адресу: <http://www.observatory.dk>.



## Выражение признательности

Обзор СЗПП Соединенного Королевства подготовил профессор Рэй Робинсон (факультет здравоохранения ЛШЭ) в сотрудничестве с Анной Диксон (Европейская обсерватория систем здравоохранения). Руководителем исследования по СЗПП Соединенного Королевства был Элайас Моссиалос.

Европейская обсерватория систем здравоохранения выражает признательность профессору Крису Хэму (Бирмингемский университет) и профессору Джулиану Леграну (Лондонская школа экономики и политических наук) за рецензирование доклада. Центр благодарит также Джованни Фатторе (Университет Луиджи Боккони, Милан) за участие в подготовке доклада на начальном этапе работы, а также Шону Бойлу (Отдел оперативных исследований) и профессору Уолтеру Холланду (внештатному профессору факультета здравоохранения ЛШЭ) за их полезные советы по конкретным разделам настоящего доклада.

Текущая серия обзоров систем здравоохранения на переходном этапе была подготовлена научными руководителями и сотрудниками Европейской обсерватории систем здравоохранения. Европейская обсерватория систем здравоохранения является организацией, основанной на партнерстве между Европейским региональным бюро ВОЗ, правительством Норвегии, правительством Испании, Европейским инвестиционным банком, Всемирным банком, Лондонской школой экономики и политических наук и Лондонской школой гигиены и тропической медицины.

Группу центра, занимающуюся обзорами СЗПП, возглавляют Йозеп Фигерас, руководитель секретариата, и научные руководители Мартин Макки, Элайас Моссиалос и Ричард Солтмэн. Техническую координацию осуществляет Суси Лессоф. Административная поддержка, макет и выпуск обзоров СЗПП осуществляются группой под руководством Филлис Даль, в которую входят Мириам Андерсен, Сью Гаммерман и Анна Марессо. Особая признательность выражается Европейскому региональному бюро ВОЗ за предоставление баз данных, из которых были заимствованы данные по службам здравоохранения; ОЭСР – за данные по службам здравоохранения в Западной Европе и Всемирному банку – за данные по расходам на здравоохранение в странах Центральной и Восточной Европы (СЦВЕ). Признательность выражается также национальным статистическим управлениям, представившим национальные данные.



## Введение и историческая справка

### Вводный обзор

Соединенное Королевство Великобритании и Северной Ирландии (СК) включает в себя четыре страны: Англию, Шотландию, Уэльс и Северную Ирландию.

В таблице 1 приводятся некоторые основные показатели, касающиеся здравоохранения и населения. Численность населения Соединенного Королевства приближается к 60 миллионам человек, большая часть которых проживает в городах (свыше 89% в 1995 году). Коэффициент численности иждивенцев<sup>1</sup> сократился с 79,8% (1979 год) до 70,1% (1995 год), несмотря на то, что показатель средней ожидаемой продолжительности жизни при рождении увеличился для мужчин и женщин с 73,12 (1979 год) до 77,40 в 1997 году.

**Таблица 1. Показатели, касающиеся здравоохранения и населения**

Население	59 008 700
В процентах в возрасте старше 65 лет	15,71
Средняя ожидаемая продолжительность жизни при рождении	77,40
Коэффициент младенческой смертности	5,86
Общий коэффициент фертильности	1,72
Общий коэффициент рождаемости на 1000 жителей	12,30
Общий коэффициент смертности на 1000 жителей	10,67

Источник: База данных ВОЗ «Здоровье для всех».

Примечание: Все показатели приводятся по состоянию на 1997 год.

Основными причинами смертности в Соединенном Королевстве, показатели которой приводятся в таблице 2, являются заболевания системы кровообращения, в том числе церебрально-васкулярные заболевания и ишемическая болезнь сердца. Показатель смертности от раковых заболеваний превышает 200 случаев на 100 тысяч жителей, за которым следует показатель смертности в результате заболеваний органов дыхания, составляющий 110 случаев на 100 тысяч жителей. В случае раковых заболеваний основными причинами смерти являются рак легких, рак груди, рак прямой и толстой кишки и рак предстательной железы, причем на долю этих заболеваний, взятых вместе, приходится 62 000 случаев смерти каждый год.

<sup>1</sup> Коэффициент численности иждивенцев показывает соотношение между населением в возрасте моложе 20 и старше 64 лет и населением в возрасте от 20 до 64 лет.

Рис. 1. Карта Соединенного Королевства<sup>2</sup>

<sup>2</sup> Карты, приводимые в настоящем документе, не означают выражения какого-либо мнения со стороны Секретариата Европейского центра координации систем здравоохранения или его партнеров в отношении правового статуса любой страны, территории, города или района, или их органов власти или в отношении делимитации их государственных или административных границ.

**Таблица 2. Причины смерти (число случаев смерти на 100 000 населения), 1970–1995 годы**

	1970 год	1975 год	1980 год	1985 год	1990 год	1995 год
Все причины	1 099,2	1 042,2	984,3	917,9	820,8	770,7
Заболевания системы кровообращения	557,6	529,5	483,0	434,9	363,6	317,2
Новообразования	216,9	217,4	220,3	224,8	220,44	206,5
Заболевания системы органов дыхания	160,0	138,7	134,3	97,4	84,3	109,2
Внешние причины	46,7	43,6	41,1	36,1	33,3	28,6
Психические и бихевиоральные расстройства	14,8	15,7	17,3	33,7	32,7	25,1
Заболевания нервной системы	14,8	15,7	17,3	33,7	32,7	25,1
Заболевания системы органов пищеварения	25,5	26,7	28,0	28,2	26,9	27,4
Заболевания эндокринной системы/нарушения обмена веществ	12,6	12,5	10,9	14,3	14,1	11,7
Заболевания мочеполовой системы	14,9	14,1	12,8	11,7	9,7	9,0
Инфекционные/паразитарные болезни	7,3	6,1	4,3	4,1	4,0	4,9
Заболевания кровеносной и иммунной системы	3,7	3,2	2,8	3,5	3,2	2,4

Источник: Данные ОЭСР по вопросам здравоохранения, 1998 год.

В Западной Европе Соединенное Королевство имеет наихудший по возрастной показатель смертности женщин в возрасте до 65 лет от рака груди (22,4 случая на 100 000 населения в сравнении с 15,1 случаями в Швеции в 1995 году). Смертность от сердечно-сосудистых заболеваний сократилась на 38% в период с начала 70-х и до конца 90-х годов и на 54% от инсульта за этот же период. По сравнению с другими странами Европейского союза (ЕС) Англия имеет наихудшие показатели заболеваний сердечно-сосудистой системы. По сравнению с Францией (страной с самым низким показателем этих заболеваний в ЕС) среди людей в возрасте до 65 лет эти заболевания встречаются в 2,5 раза чаще у мужчин и более чем в 4 раза чаще у женщин.

## Политика

Соединенное Королевство является конституционной монархией, где законодательным органом является двухпалатный парламент, состоящий из демократически избираемых депутатов Палаты общин и членов Палаты лордов из числа наследственных и пожизненных пэров. Выборы в Палату общин проводятся, по крайней мере, раз в пять лет по избирательным округам на основе мажоритарной избирательной системы. Премьер-министр назначается лидером партии большинства в Палате общин (с 1 мая 1997 года эту должность занимает Тони Блэр, лидер лейбористской партии). Премьер-министр назначает членов кабинета министров.

В нынешнюю предвыборную программу лейбористского правительства были включены такие вопросы, как децентрализация власти, реформирование Палаты лордов и реформирование порядка голосования на общеевропейских, национальных и местных выборах. В результате проведенных в последнее время реформ была создана Национальная ассамблея в Уэльсе и Шотландский парламент. По-прежнему проводятся переговоры, связанные с делегированием определенных властных полномочий Ассамблее Северной Ирландии.

До мая 1999 года управление Шотландией и Уэльсом осуществлялось централизованно из Вестминстера. Все их «внутренние» дела находились под контролем Министра по делам Шотландии и Министерства по делам Шотландии в Шотландии и его канцелярии в Лондоне и соответственно Министром по делам Уэльса и Министерством по делам Уэльса в Уэльсе и его канцелярии в Лондоне. В связи с созданием Шотландского парламента и Ассамблеи Уэльса им будут делегированы соответствующие полномочия в области здравоохранения, образования, сельского хозяйства и промышленности. В настоящее время Государственная служба здравоохранения (ГСЗ) Шотландии находится в ведомственном подчинении Министерства здравоохранения при Министерстве по делам Шотландии, а ГСЗ Уэльса – в подчинении Министерства по делам Уэльса. В Северной Ирландии учреждено совместное Министерство здравоохранения и социального обеспечения, которое курирует Службы здравоохранения и социального обеспечения. В Приложении I подробно приводятся основные отличия в структуре органов здравоохранения в каждой административной единице Соединенного Королевства. Соединенное Королевство является членом Европейского союза с 1972 года. В 1999 году члены Европейского парламента впервые избирались на основе пропорциональной избирательной системы по партийным спискам.

В Англии система органов местного самоуправления формируется из избираемых прямым голосованием представителей советов графств и советов городов (39 и 7 соответственно). Северная Ирландия подразделяется на 26 округов. Шотландия разделена на девять регионов и три островных района: Оркнейские, Шетландские и Западные острова. Уэльс состоит из восьми графств. Существует также ряд зависимых территорий, а именно: Бермудские острова, Фолклендские острова, Гибралтар, остров Гернси, остров Джерси, остров Мэн, остров Монтсеррат и остров Южная Георгия. 1 июля 1997 года правление Гонконгом возвращено Китаю.

### Экономика

В период 1996–1997 годов темпы роста ВВП составляли 3,12%. Ему предшествовал период медленных темпов роста в 1990–1995 годах, когда среднее изменение темпов реального ВВП составляло всего лишь 1,3% в год. Однако эти показатели были несколько выше средних показателей стран ОЭСР и западноевропейских стран (см. таблицу 3).

**Таблица 3. Среднегодовое изменение реального ВВП в процентах за пятилетние периоды**

	ОЭСР	западная Европа	Соединенное Королевство
1960–1965 годы	5,9	5,6	3,3
1965–1970 годы	5,2	5,0	2,7
1970–1975 годы	4,2	3,8	2,2
1975–1980 годы	3,6	3,5	1,9
1980–1985 годы	2,3	1,9	2,0
1985–1990 годы	3,3	3,5	3,6
1990–1995 годы	1,1	1,0	1,3

*Источник:* Данные ОЭСР в области здравоохранения, 1998 год.

*Примечания:* Показатели по ОЭСР и Западной Европе приводятся как среднее арифметическое для соответствующих стран без учета численности населения.

В 1997 году суммарный государственный долг Соединенного Королевства составлял 60,5% от ВВП. В настоящее время идут дебаты по поводу того, следует ли Соединенному Королевству присоединиться к Европейскому валютному союзу, который начал функционировать 1 января 1999 года, и если да, то когда.

Общий контингент рабочей силы составляет 49,3% от численности населения, причем 62,8% населения занято в сфере услуг, 25% - в секторе производства и строительства, 9,1% - на государственной службе (в том числе все сотрудники ГСЗ), 1,9% - в секторе энергетики, и лишь 1,0% - в сельском хозяйстве. Сельское хозяйство отличается интенсивными методами ведения и высокой степенью механизации, причем этот сектор удовлетворяет приблизительно 60% потребностей в продовольствии. На долю первичного производства энергии приходится порядка 12% ВВП. На долю услуг, прежде всего финансовых, приходится наибольшая часть ВВП.

## Историческая справка

### Службы здравоохранения

В настоящем разделе рассматриваются некоторые основные события, связанные с функционированием Государственной службы здравоохранения (ГСЗ) Великобритании в течение последних 50 лет, с уделением особого внимания тем особенностям, которые имеют важное значение для понимания характера этой службы в наше время<sup>3</sup>.

Государственная служба здравоохранения (ГСЗ) была создана в 1948 году на основании положений *Закона о ГСЗ* от 1946 года. Этот Закон имел исключительно важное значение для создания после Второй мировой войны структуры финансирования и обеспечения служб здравоохранения в Соединенном Королевстве. Он установил принцип коллективной ответственности на уровне государства за всеобъемлющие услуги в области здравоохранения, которые должны оказываться бесплатно всему населению по месту их востребования. Освобождение пользователя услуг от их оплаты является ключевым элементом этого принципа, обеспечивающего равный доступ к службам здравоохранения.

Политический консенсус в отношении создания ГСЗ сложился во время войны и отвечал другим социальным инициативам государства в таких областях, как социальное обеспечение, образование и обеспечение жильем, выдвинутым в то время. Однако полностью согласились с этим консенсусом не все слои населения. Самое примечательное заключается в том, что медицинские работники поначалу противились некоторым предложенным элементам вновь созданной ГСЗ. Королевские колледжи – профессиональные учреждения, которые представляют различных медицинских специалистов под началом врачей-консультантов (старших специалистов) – и врачи общей практики (ВОП) решительно возражали против утраты профессиональной самостоятельности.

---

<sup>3</sup> В настоящем докладе рассматриваются преимущественно те вопросы, которые связаны со службами здравоохранения в Англии. Организация служб здравоохранения и управление ими в Шотландии, Уэльсе и Северной Ирландии имеют схожий характер с английской системой, но им присущи и существенные отличия. В Приложении I приводятся некоторые наиболее заметные отличия.

Такая позиция была обусловлена их желанием быть независимыми от бюрократического вмешательства, причем особое беспокойство у них вызывали предложения, которые предусматривали бы контроль за службой здравоохранения со стороны органов местного самоуправления. В этой связи в результате искусно проведенных мини-стром здравоохранения Аневрином Беваном переговоров медицинские работники поддержали идею создания ГСЗ под эгидой центрального правительства с учетом ряда уступок в ответ на требования о предоставлении профессиональной самостоятельности. В результате ВОП получили право работать в качестве независимых подрядчиков в рамках ГСЗ, в то время как специалисты больниц, хотя и получающие зарплату в системе ГСЗ, сохранили значительный контроль над условиями труда. Им было разрешено также сохранить право на частную практику наряду с работой в системе ГСЗ. Эти условия работы большей частью сохранились и сегодня.

С созданием ГСЗ связывалась, в частности, надежда на то, что новая служба позволит решить накопившиеся проблемы, связанные с ухудшением состояния здоровья населения, и что со временем спрос на медицинские услуги стабилизируется или пойдет на убыль. Однако, это, конечно, не произошло, и в 50-х годах спрос на медицинские услуги превысил ассигнуемые для этой цели финансовые средства. Одним из последствий ограниченного финансирования системы здравоохранения явилась исключительно высокая нагрузка на не получающие достаточных средств больницы. Признание этой проблемы привело к тому, что в 1962 году был принят План развития больничного сектора, который предусматривал крупные капитальные вложения в этот сектор в течение последующих 10 лет, а также реализация идеи создания районных больниц общего профиля (РБОП). Концепция РБОП представляла собой спланированный подход к обеспечению больничных услуг таким образом, чтобы больница, рассчитанная на 600–800 койко-мест, удовлетворяла потребности в медицинских услугах общего профиля населения численностью 100–150 тысяч человек. Такая модель больничного обслуживания существует и по нынешний день, и этот факт служит поводом для высказывания рядом обозревателей суждения о том, что на «внутреннем рынке» ГСЗ, сложившемся в результате реформ 1991 года, неизбежно появится ряд местных монополий.

### **Организационная структура**

Некоторые основные элементы нынешней организационной структуры ГСЗ можно охарактеризовать на примере важных преобразований, осуществленных на основании Закона о ГСЗ от 1973 года.

Согласно этому Закону, была введена в действие новая ступенчатая система подчинения и контроля. Верхнюю ступеньку системы занимает Министерство здравоохранения, возглавляемое министром здравоохранения. Ступенькой ниже этого Министерства стоят региональные органы здравоохранения (РОЗ), выполняющие широкие функции в области планирования. Следующую за РОЗ ступеньку занимают 90 окружных органов здравоохранения, которые, в свою очередь, подразделяются на районные органы здравоохранения под административным руководством районного управления. Все эти структуры были созданы в 1974 году согласно положениям Закона от 1973 года, причем именно на районные органы здравоохранения была возложена ответственность за функционирование районных больниц общего профиля.



Однако с внедрением новой системы появились серьезные пробелы. Решение самых острых из них было попросту не по силам системе здравоохранения. Например, устойчивое увеличение государственных расходов на социальное обеспечение в большинстве промышленно развитых стран было прервано в середине 70-х годов в результате призывов сократить государственные расходы в силу резкого повышения цен на нефть и мирового экономического спада. Это привело к сокращению объема финансирования ГСЗ. В то же время, однако, становилось очевидно, что новая система с ее многоярусным аппаратом управления громоздка, решения в ее рамках принимаются медленно и что управление ею связано с большими издержками. Поэтому в 1976 году была создана Королевская комиссия Меррисона для рассмотрения вопросов, связанных с оптимальным использованием ресурсов и управлением ими в системе ГСЗ. В 1979 году эта Комиссия подготовила доклад, в котором рекомендовала, в частности, учредить единственный уровень органов здравоохранения и передать ему функции регионов и районов. Во исполнение этих рекомендаций в 1982 году были созданы 192 районных органа здравоохранения (РАОЗ). Несмотря на различия, связанные с их количеством, масштабом и функциями, РАОЗ (в настоящее время их называют просто «органы здравоохранения») по-прежнему являются важными подразделениями административной структуры ГСЗ.

Другое важное событие в период 70-х годов было связано с равным распределением ресурсов между различными регионами страны. До 70-х годов за основу ежегодного ассигнования ресурсов брались преимущественно показатели ассигнований за прошедшие годы с небольшими коррективами, обусловленными конкретными обстоятельствами. Это приводило к появлению определенных диспропорций в распределении ресурсов между различными регионами. Для решения этой проблемы в 1975 году была учреждена рабочая группа по вопросам ассигнования ресурсов (РГАР), которой было поручено разработать формулу распределения ресурсов на более справедливой основе. В 1976 году эта рабочая группа подготовила доклад, в котором рекомендовала формулу распределения средств между различными регионами на основе соответствующих «потребностей» в области здравоохранения. Эти потребности исчислялись на основе таких критериев, как численность населения региона, его половозрастной состав и коэффициент смертности. Была принята разработанная РГАР формула, и, несмотря на некоторые последующие изменения этой формулы, принцип взвешенных подушевых ассигнований, основанных на потребностях определенной численности населения, был сохранен в качестве основы для распределения ресурсов в рамках ГСЗ.

Еще одно важное событие в истории ГСЗ произошло в 1979 году, когда к власти пришло правительство Маргарет Тэтчер, обязавшееся начать программу радикальной экономической и социальной реформы. По мнению этого правительства, причинами экономических трудностей в Великобритании являлись государственные расходы и вмешательство государства в экономику, и поэтому правительство приступило к масштабной программе приватизации.

Хотя на начальных этапах приватизация в системе ГСЗ ограничивалась преимущественно заключением контрактов с внешними подрядчиками на оказание вспомогательных услуг (например, стирка белья, питание и уборка), вера правительства в исключительную эффективность частного сектора привела к серьезным преобразованиям механизмов управления. Для проверки эффективности механизмов управления

ГСЗ в 1983 году под председательством сэра Роя Гриффитса, директора-распорядителя сети супермаркетов, была начата проверка системы управления ГСЗ. Руководствуясь в своей работе принципами предпринимательства в частном секторе, комиссия Гриффитса в подготовленном ею в 1993 году докладе рекомендовала упразднить устаревшую систему управления на основе «консенсуса» и перейти на систему «общего» руководства, при котором вводится должность общего руководителя на уровне подразделения, района или региона. Кроме того, на уровне центра были созданы новые советы, ведающие такими вопросами, как разработка политики и стратегическое планирование, с одной стороны, и оперативное руководство – с другой. Эта система, основанная на принятии директивных решений на местном уровне и четкой вертикали подотчетности в рамках ГСЗ, была призвана заменить старую систему, которая преимущественно опиралась на административное управление бюрократического многоярусного аппарата. Система общего руководства явилась важной предпосылкой для более радикальных рыночных реформ, которые должны были последовать за этим.

Несмотря на предложенные Гриффитсом реформы и убежденность правительства в исключительной эффективности частного сектора, на протяжении большей части 80-х годов ГСЗ не претерпела сколь-нибудь серьезных организационных изменений. Не исключено, что правительство опасалось охватить своей радикальной программой сектор, который, по результатам многочисленных опросов общественного мнения, продолжал пользоваться мощной и широкомасштабной поддержкой населения. Однако, после жарких дебатов по поводу недостаточного финансирования ГСЗ, которые имели место в конце 1987 года, г-жа Тэтчер объявила о внутренней проверке ГСЗ под ее личным руководством. Сделанные в ходе этой проверки рекомендации привели к осуществлению 1 апреля 1991 года реформ, закрепленных в Законе о ГСЗ и здоровье населения 1990 года. Эти реформы предусматривали «внутреннюю» или «квазирыночную» модель ГСЗ и ознаменовали собой самые серьезные в ее истории изменения в ее организации и системе управления.

Внутренняя рыночная модель предусматривала отделение функций приобретения услуг или размещения заказов на услуги от функции предоставления услуг. Основная функция приобретения услуг была передана органам здравоохранения (дополняемым во все большей мере распорядителями фондов в системе врачей общей практики), тогда как функция предоставления услуг была возложена на целевые трасты ГСЗ. Предполагалось, что эти трасты будут конкурировать между собой в получении контрактов от заказчиков.

Внутренний рынок – с различными изменениями и ограничениями – использовался в качестве основного механизма распределения ресурсов в сфере здравоохранения на протяжении большей части 90-х годов.

Однако, с приходом к власти в 1997 году лейбористского правительства, приоритеты изменились. Планы этого правительства в отношении ГСЗ были изложены в «Белой книге» под названием «Новая ГСЗ: современная и надежная», которая была опубликована в декабре 1997 года. Принцип, изложенный в этой «Белой книге» и ряде других последующих документов, включая нынешний законопроект по ГСЗ, предусматривает перенос акцентов с рыночных процессов на процессы планирования, сотрудничества и партнерства. Основная отличительная особенность реформ

1991 года и ориентировочные изменения в свете нынешних предложений будут проанализированы подробно в последующих разделах настоящего документа.

### **Первичная медико-санитарная помощь**

Однако, прежде чем перейти к рассмотрению последних событий, представляется целесообразным отразить другую тенденцию, которая имела место с начала 80-х годов, а именно: концентрацию внимания на секторе первичной медико-санитарной помощи. Несмотря на то, что Соединенное Королевство располагает достаточно развитой системой первичной медико-санитарной помощи по сравнению с большинством других стран, лица, определяющие политику, уделяли этому сектору меньше внимания, нежели сектору острых заболеваний вплоть до середины 80-х годов. Вследствие независимого положения врачей общей практики (ВОП) в качестве подрядчиков, которое было установлено еще в 1948 году, процесс развития медицинских услуг протекал неравномерно, а координация с сектором медицинских услуг на базе больниц была слабой. После продолжительных дебатов и консультаций во второй половине 80-х годов были осуществлены крупные преобразования, в частности, в 1990 году был введен новый контракт для ВОП. Условия этого контракта усиливали подотчетность ВОП органам здравоохранения по вопросам здоровья семьи, т.е. органам здравоохранения, занимающимся вопросами первичной медико-санитарной помощи. В 1996 году произошло фактическое слияние районных органов здравоохранения и органов здравоохранения по вопросам здоровья семьи. Врачам общей практики вменялось в обязанность, среди прочего, представлять годовые отчеты, при выписке фармацевтических рецептов не выходить за пределы ориентировочных смет, а также выполнять планы в отношении услуг по диагностике и профилактике. В то же время были изменены системы оплаты в целях стимулирования повышения качества услуг и более полного удовлетворения потребностей пациентов.

Вслед за этим преобразованием на основании Закона о ГСЗ и здоровье населения 1990 года была введена система распоряжения фондами средств ВОП. На начальном экспериментальном этапе оплата первичной медико-санитарной помощи стала ключевым элементом ГСЗ в 90-е годы. Система распоряжения фондами средств расширилась не только по охвату численности ВОП, но и предусматривала также ряд вариантов этой системы. Представляется, что наиболее радикальным из этих вариантов являлась экспериментальная система полной оплаты услуг, которая была введена в действие в 1995 году. Согласно этой системе, отдельным группам медицинских участков выделялись средства, которые они могли в принципе использовать на все вторичные и общинные медико-санитарные услуги, оказываемые их пациентам. Хотя новое лейбористское правительство и упразднило систему распоряжения фондами средств ВОП (на основании факторов неравенства и неприемлемо высоких цен на контрактные услуги), оно сохранило акцент на функционировании ГСЗ с уделением особого внимания первичной медико-санитарной помощи. Начиная с апреля 1999 года все ВОП должны были войти в группу врачей первичной медико-санитарной помощи, то есть в более крупные территориальные группы ВОП, в функции которых входило размещение заказов на первичную медико-санитарную помощь, а также на оказание такой помощи. (Более подробная информация о группах первичной медико-санитарной помощи приводится в таких разделах, как «Организационная структура и управление», а также «Реформы системы здравоохранения».)

## Службы общественного здравоохранения

Общественное здравоохранение в Соединенном Королевстве имеет давнюю историю. Оно складывалось еще в середине девятнадцатого века, когда принимались важные парламентские законы в области общественного здравоохранения. В период между 1848 и 1890 годами были приняты, в общей сложности, 17 законодательных актов, шесть из которых затрагивали оказание медико-санитарных услуг в системе общественного здравоохранения в свете административных и структурных преобразований. Однако именно Закон об общественном здравоохранении 1875 года явился вехой законодательства в этой сфере. В этом Законе были сведены воедино прежние законодательные акты, и были четко указаны полномочия и обязанности местных санитарных органов. Закон заложил основу современного общественного здравоохранения (он просуществовал без изменений свыше 60 лет).

На рубеже прошлого столетия было достигнуто немало положительных результатов, в том числе качественно улучшились водоснабжение и канализация, уборка улиц, условия работы и жизни, а также личная гигиена. Эти качественные улучшения были достигнуты во многом благодаря прочной законодательной основе в сочетании с расширением полномочий и повышением эффективности работы местных медико-санитарных инспекторов.

Медико-санитарные инспекторы сыграли важную роль в организации служб здравоохранения во время Второй мировой войны. Они полагали, что процесс развития Государственной службы здравоохранения должен осуществляться в рамках полномочий местных органов самоуправления при расширении диапазона услуг, оказываемых местными органами власти. Однако мощная политическая оппозиция со стороны Британской медицинской ассоциации, королевских колледжей и благотворительных больниц введению контроля местных органов самоуправления практически свела на нет роль медико-санитарных инспекторов в системе ГСЗ.

В период преобразования общественного здравоохранения в общинное и с созданием региональных, окружных и районных органов здравоохранения в 1974 году должность медико-санитарных инспекторов была упразднена. И только в 80-е годы возобновилась дискуссия по поводу роли работников общественного здравоохранения. Представляется, что наиболее важным документом, определившим будущее направление развития служб общественного здравоохранения, явился «Доклад Ачесона».

В 1986 году тогдашний министр учредил группу по расследованию под председательством Главного медицинского эксперта сэра Дональда Ачесона в целях рассмотрения вопросов, связанных с функционированием общественного здравоохранения в будущем. В опубликованном в 1988 году докладе были названы пять основных проблем, а именно: нехватка информации о состоянии здоровья населения, недостаточное внимание к вопросам укрепления здоровья и профилактики заболеваний; путаница в вопросах роли и обязанностей врачей общественного здравоохранения; неопределенность в вопросах обязанностей по борьбе с инфекционными заболеваниями; а также нехватка информации о результатах проделанной работы, по которым следует принять обоснованные решения.

Принятие Закона о ГСЗ и здоровье населения 1990 года открыло новую возможность для развития общественного здравоохранения. В июле 1992 года был опубликован доклад под названием «Здоровье нации», имевший своей целью перенос акцента с оказания клинической помощи на укрепление здоровья. В этом докладе содержались рекомендации органам здравоохранения взять на себя более стратегическую роль, а именно – заниматься поддержанием и укреплением здоровья местного населения.

Среди самых последних инициатив в области общественного здравоохранения следует назвать публикацию в июле 1999 года «Белой книги» под названием «Спасая жизни: крепить здоровье нации». Эта «Белая книга» основана на изданной ранее «Зеленой книге» под названием «Крепить здоровье нации» и содержит будущую стратегию правительства в области развития общественного здравоохранения.

Вопросы нынешней организации и развития служб общественного здравоохранения изложены в разделе под названием «Первичная медико-санитарная помощь и службы общественного здравоохранения».



## Организационная структура и управление

### Организационная структура системы здравоохранения

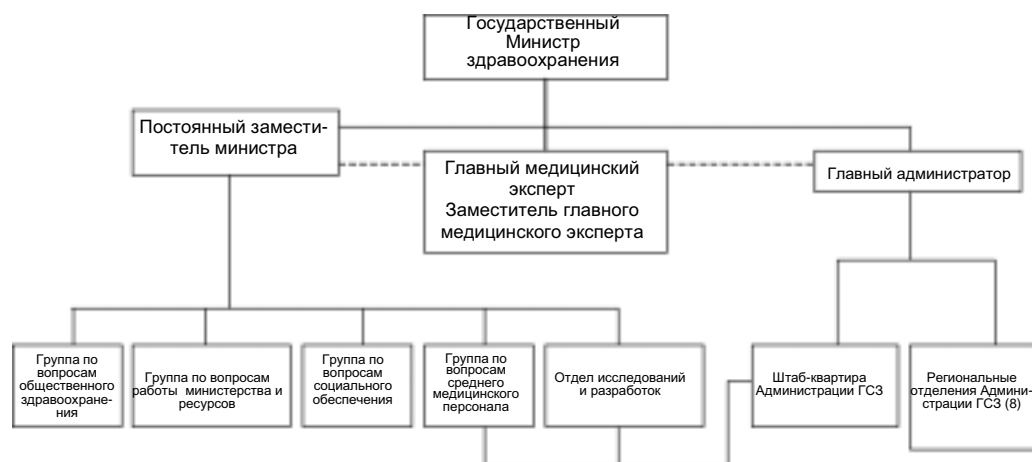
**П**осле прихода к власти в мае 1997 года лейбористского правительства в существующей структуре системы здравоохранения Соединенного Королевства начались серьезные организационные преобразования. Планы преобразования ГСЗ первоначально были включены в опубликованную в декабре 1997 года «Белую книгу» под названием «Новая ГСЗ: современная и надежная». Закон о здравоохранении 1999 года, заложивший правовую основу для многих преобразований, изложенных в «Белой книге», был утвержден королевой 30 июня 1999 года. Кроме того, были изданы многочисленные циркуляры и директивы, в которых подробно излагаются планы правительства. Эти планы ориентированы на использование некоторых достижений в рамках программы реформы предыдущего правительства консерваторов, однако они предусматривают замену отдельных важных элементов этой программы. Ниже приводятся описание существующей системы, а также содержание основных преобразований, которые уже осуществлены, находятся в стадии осуществления или запланированы на будущее<sup>4</sup>.

#### Министерство здравоохранения

Министерство здравоохранения (Минздрав) под руководством Государственного министра здравоохранения и группы из пяти его помощников ведает вопросами здравоохранения и социальных услуг в Англии. Отдельные обязанности возложены на министров по делам Шотландии, Уэльса и Северной Ирландии. Министерство в Англии формулирует общую политику здравоохранения, в том числе политику в области общественного здравоохранения и политику, связанную с последствиями для здоровья состояния окружающей среды и качества продуктов питания. Кроме того, оно ведает всеми вопросами, связанными с ГСЗ. На диаграмме 2 показана структура министерства. Как явствует из диаграммы, министерство имеет три основных департамента.

---

<sup>4</sup> В настоящем ДОКУМЕНТЕ речь, в основном, идет о службах здравоохранения Англии. На эти службы приходится приблизительно 80% всех государственных расходов на здравоохранение и социальные услуги населению Соединенного Королевства. Оставшаяся часть средств распределяется следующим образом: доля Шотландии составляет 11%, доля Уэльса – 6% и доля Северной Ирландии – 3%. Организация служб здравоохранения и управления ими в этих странах аналогичны системе Англии, однако имеют и существенные отличия. В Приложении I приводятся некоторые наиболее заметные отличия.

**Диаграмма 2. Структура Министерства здравоохранения**

Подчиненные Министерству учреждения и неминистерские государственные органы не указаны.

*Источник:* Данные Министерства здравоохранения (1998 год), Планы расходов правительства, 1998–1999 годы. Доклад Министерства. См 3912. London: The Stationery Office (стр. 102 англ. текста).

Во-первых, существует целый ряд групп и отделов, занимающихся конкретными областями или выполнением профессиональных функций, например, группа по вопросам общественного здравоохранения, группа по вопросам социального обеспечения, группа по вопросам среднего медицинского персонала и отдел исследований и разработок.

Во-вторых, существует должность главного медицинского эксперта (ГМЭ). ГМЭ ведает вопросами экспертных медицинских консультативных услуг для всего министерства.

В-третьих, существует Администрация ГСЗ (АГСЗ) под руководством Главного администратора, которая отвечает за руководство деятельностью ГСЗ и выполнение целого ряда функций центрального управления. Администрация ГСЗ оказывает поддержку министрам в деле разработки политики в области здравоохранения и отвечает за вопросы эффективного управления и рационального использования ресурсов ГСЗ. Помимо штаб-квартиры в Лидсе, Администрация ГСЗ имеет восемь региональных отделений, расположенных в различных районах страны. Эти отделения отвечают за вопросы регионального осуществления национальной политики и с этой целью контролируют функционирование органов здравоохранения. Они занимают важное место в иерархической цепочке от местных органов до центра.

Последним новшеством на министерском уровне было назначение в 1997 году, причем впервые, государственного министра, наделенного конкретными обязанностями в области общественного здравоохранения. Этот министр отвечает за широкий круг вопросов, в том числе за контроль над общественным здравоохранением и осуществлением стратегии в этой области; укрепление здоровья населения; контроль за подлежащими регистрации и инфекционными болезнями, включая СПИД; планиро-



вание размеров семей и продовольственную безопасность. В настоящий момент особое внимание уделяется решению вопросов неравенства в сфере здравоохранения.

Другим новшеством, имеющим определенное важное значения, было создание при Министерстве здравоохранения отдела, наделенного конкретными функциями по осуществлению руководства над программой исследований и разработок, направленных на формулирование политики, имеющей непосредственное отношение к ГСЗ. Первый директор этого отдела был назначен в 1991 году, и отдел приступил к осуществлению стратегии, направленной на обеспечение научной обоснованности решений, принимаемых в рамках ГСЗ. С этого времени программа национальных исследований и разработок наряду с рядом региональных программ занимает видное место в вопросах размещения заказов и финансирования исследований, касающихся потребностей ГСЗ.

### **Другие министерства**

Нынешнее лейбористское правительство уделяет много внимания координации политики различных министерств (в обиход введен термин «совместное правление»). Этот подход отражает роль других министерств, ведающих вопросами здравоохранения и связанных с ним вопросов. Этими министерствами являются:

- **Министерство социального обеспечения**, которое ведает вопросами социальных пособий (например, пособие малоимущим, пособия по инвалидности и нетрудоспособности),
- **Министерство окружающей среды, транспорта и регионов**, которое ведает вопросами социального обеспечения населения через органы местного самоуправления;
- **Министерство сельского хозяйства, продовольствия и рыбного хозяйства**, которое в настоящее время ведает вопросами стандартов в области продовольствия (эта функция может быть изменена, если будет принят проект закона о стандартах в области продовольствия, представленный на рассмотрение парламента в июне 1999 года);
- **Министерство образования и занятости**, которое финансирует профессиональную подготовку учащихся медицинских учебных заведений и других специалистов области здравоохранения.

### **Государственная служба здравоохранения**

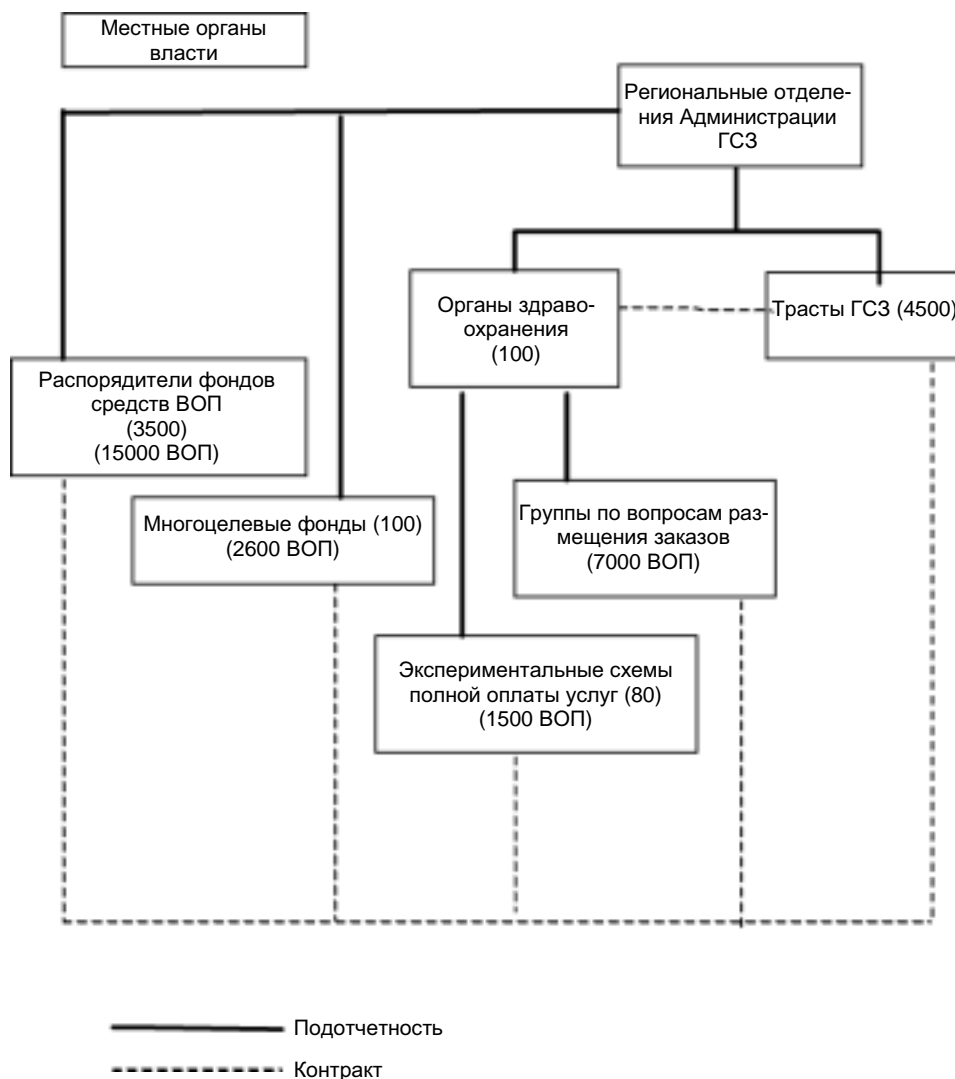
Организационная структура ГСЗ в том виде, в каком она существовала после реформ 1991 года и до осуществления планов нынешней реформы, показана на диаграмме 3. В структуру ГСЗ входят четыре основные организации, а именно: региональные органы здравоохранения, районные органы здравоохранения, распорядители фондов средств общей практики и трасты ГСЗ.

### **Региональные органы здравоохранения**

На момент осуществления реформ 1991 года и в послереформенный период в Англии насчитывалось 14 таких органов. Эти органы выполняли целый ряд контрольных и

управленческих функций от имени Администрации ГСЗ. В рамках этих функций каждый районный орган здравоохранения (см. ниже) заключал контракт с региональным отделением с указанием задач, которые он должен выполнять в течение следующего года. Этот орган был подотчетен региональному отделению в вопросах своей практической деятельности.

**Диаграмма 3. Структура «старой» ГСЗ**



*Источник:* Данные Министерства здравоохранения (1998 год), Планы расходов правительства (1998–1999 годы). Доклад Министерства. Cm 3912. London: The Stationery Office (стр. 103 англ. текста).

Трасты ГСЗ, в свою очередь, подотчетны в вопросах функционирования региональным отделениям.

В 1994 году в результате мер по сокращению управленческих расходов численность регионов была сокращена с 14 до 8, а штатное расписание региональных органов было существенным образом сокращено. В то же время, они были преобразованы

в региональные отделения Администрации ГСЗ. Это означало, что они утратили значительную долю своей самостоятельности и что горизонталь управления «центр – регионы» была укреплена.

### **Районные органы здравоохранения (РОЗ)**

Как отмечалось в предыдущем разделе, в соответствии с положениями Закона о ГСЗ и общинном здравоохранении 1990 года в 1991 году функции ГСЗ, связанные с приобретением или размещением заказов на медицинские услуги, были отделены от функции по их предоставлению. Этот механизм получил название «внутреннего», или «квази», рынка. В рамках этой системы основная функция по приобретению услуг была возложена на районные органы здравоохранения (РОЗ).

РОЗ представляли собой корпоративные органы, действовавшие под общим руководством назначаемого министром председателя и совета в составе исполнительных и неисполнительных директоров. В 1991 году существовало немногим менее 200 РОЗ, которые обслуживали местное население численностью в среднем 250 000 тысяч человек, хотя фактическая численность составляла от 100 000 до 800 000 человек. Каждый РОЗ должен был проводить оценку потребностей своего населения в области здравоохранения и, исходя из своего взвешенного бюджета в расчете на душу населения, заказывать поставщикам комплекс услуг для удовлетворения этих потребностей. В каждом РОЗ имелся департамент здравоохранения, ответственный за оценку потребностей. Для придания официального характера отношениям между покупателями и поставщиками услуг была введена контрактная система.

Со временем с целью реализации экономии, обусловленной ростом масштабов обслуживания, прошла серия слияний РОЗ. К 1998 году количество РОЗ сократилось до 100 (см. диаграмму 3). Сегодня, в результате преобразования региональных органов здравоохранения в региональные офисы Администрации ГСЗ, существует лишь один уровень органов здравоохранения, и поэтому РОЗ называются просто органами здравоохранения.

### **Органы охраны здоровья семьи (ООЗС)**

В рамках ГСЗ издавна проводится различие между первичной медико-санитарной помощью (осуществляемой врачами общей практики и соответствующим персоналом) и больничным обслуживанием. Начиная с 1991 года ответственность за больничное обслуживание возлагалась на РОЗ, в то время как за оказание первичной медико-санитарной помощи отвечали органы охраны здоровья семьи. Однако в рамках усилий по эффективной координации первичной и вторичной медицинской помощи в 1996 году произошло слияние РОЗ и ООЗС в единые органы.

### **Распорядители средств врачей общей практики и другие покупатели услуг системы первичной медико-санитарной помощи**

Одновременно с возложением на РОЗ в 1991 году функции приобретения услуг были внедрены 294 программы распоряжения средствами врачей общей практики (РСВОП). Речь шла об отдельных офисах ВОП, которым выделялись финансовые средства, позволявшие им напрямую приобретать комплекс диагностических и фа-

культуративных процедур для зарегистрированных у них пациентов. (Однако основной объем услуг для этих пациентов по-прежнему закупали РОЗ.) Вначале система распоряжения средствами ВОП в весьма значительной степени носила экспериментальный характер, но количество охватываемых ею офисов ежегодно быстро увеличивалось. Как явствует из диаграммы 3, к 1998 году насчитывалось 3500 РСВОП.

По мере расширения системы распоряжения средствами и укрепления решимости правительства консерваторов ввести систему заказа услуг по оказанию первичной медико-санитарной помощи сформировалось несколько вариантов распоряжения средствами. Некоторые распорядители средств, стремясь сэкономить на управленческих расходах, объединялись в многопрофильные консорциумы: как видно из диаграммы 3, в 1998 году насчитывалось 100 таких «мульти-фондов».

В рамках еще более радикальных мер в 1995 году правительство одобрило создание 53 экспериментальных отделений с полной оплатой оказываемых услуг (ЭО-ПОУ). Это были специализированные или многопрофильные отделения, обслуживавшие население численностью 12 000-80 000 человек, которым была предоставлена возможность закупать для зарегистрированных у них пациентов все возможные больничные услуги и услуги по обеспечению общинного здравоохранения. После проведения в следующем году второго этапа создания ЭОПОУ к 1998 году в стране насчитывалось 80 таких структур (данные о моделях приобретения услуг, разработанных в Соединенном Королевстве в 90-е годы, см. (18)).

### **Группы по размещению заказов на услуги ВОП**

Несмотря на значительный рост РСВОП, «мульти-фондов» и ЭОПОУ, среди многих ВОП эксперимент по распоряжению средствами не нашел поддержки. Одни выдвигали возражения идеологического характера; другим не нравились практические аспекты. С учетом этих оговорок ряд ВОП перешли к созданию «групп по размещению заказов на услуги». Они представляли собой не связанные с системой распоряжения средствами объединения ВОП, которые сотрудничали со своими местными РОЗ в усилиях по совместному определению приоритетов и стратегий в области приобретения услуг. Как явствует из диаграммы 3, в 1998 году в состав таких групп входило примерно 7000 ВОП, в то время как различными формами распоряжения средствами на предмет приобретения услуг было охвачено немногим более 19 000 ВОП.

### **Трасты ГСЗ**

Если говорить о таком аспекте внутреннего рынка, как предложение, то благодаря созданию трастов ГСЗ поставщики услуг получили большую свободу и независимость. Этими трастами, входившими в ГСЗ, руководил совет директоров в составе исполнительных и неисполнительных членов. Трасты были призваны конкурировать друг с другом за получение контрактов РОЗ и ВОП на предоставление медицинского обслуживания. К 1998 году статус трастов получили больницы оказания интенсивной помощи, поставщики услуг системы общинного здравоохранения и службы санитарного транспорта.

## **Децентрализация и регулирование на внутреннем рынке**

Реформы 1991 года и последующие меры были призваны повысить эффективность и качество обслуживания, а также расширить возможности выбора путем создания децентрализованных, рыночных механизмов. Они представляли собой переход от иерархических, или вертикальных, форм организации к моделям, основанным на разделении функций покупателя и поставщика и контрактных отношениях. В диаграмме 3 формы контрактных отношений между покупателями и поставщиками помечены пунктирными линиями. Однако предоставляемая этими механизмами степень автономии была строго ограниченной. Как отмечалось выше, и покупатели, и поставщики были подотчетны региональным офисам Администрации ГСЗ и эти офисы разработали жесткую систему эффективного управления. Кроме того, Администрация ГСЗ осуществляла строгий контроль за РОЗ и трастами с точки зрения планирования и установления приоритетов в сфере обслуживания. Эти аспекты более подробно излагаются при рассмотрении вопросов регулирования.

## **Новое лейбористское правительство и обновленная ГСЗ**

Находясь в оппозиции, лейбористская партия резко критиковала внутренний рынок, утверждая, что он привел к дроблению, неравенству, усилил бюрократию и не обеспечивал подотчетности. После прихода к власти свои планы относительно будущего этой службы лейбористы сформулировали в своем первом крупном программном документе - посвященной ГСЗ Белой книге - под названием «Обновленная ГСЗ: современность и надежность». Они заявили, что намерены заменить систему конкуренции на внутреннем рынке системой, основанной на сотрудничестве и партнерстве между различными ведомствами, ответственными за медицинское обслуживание и социальное обеспечение. Основные организационные элементы этого подхода показаны в диаграмме 4.

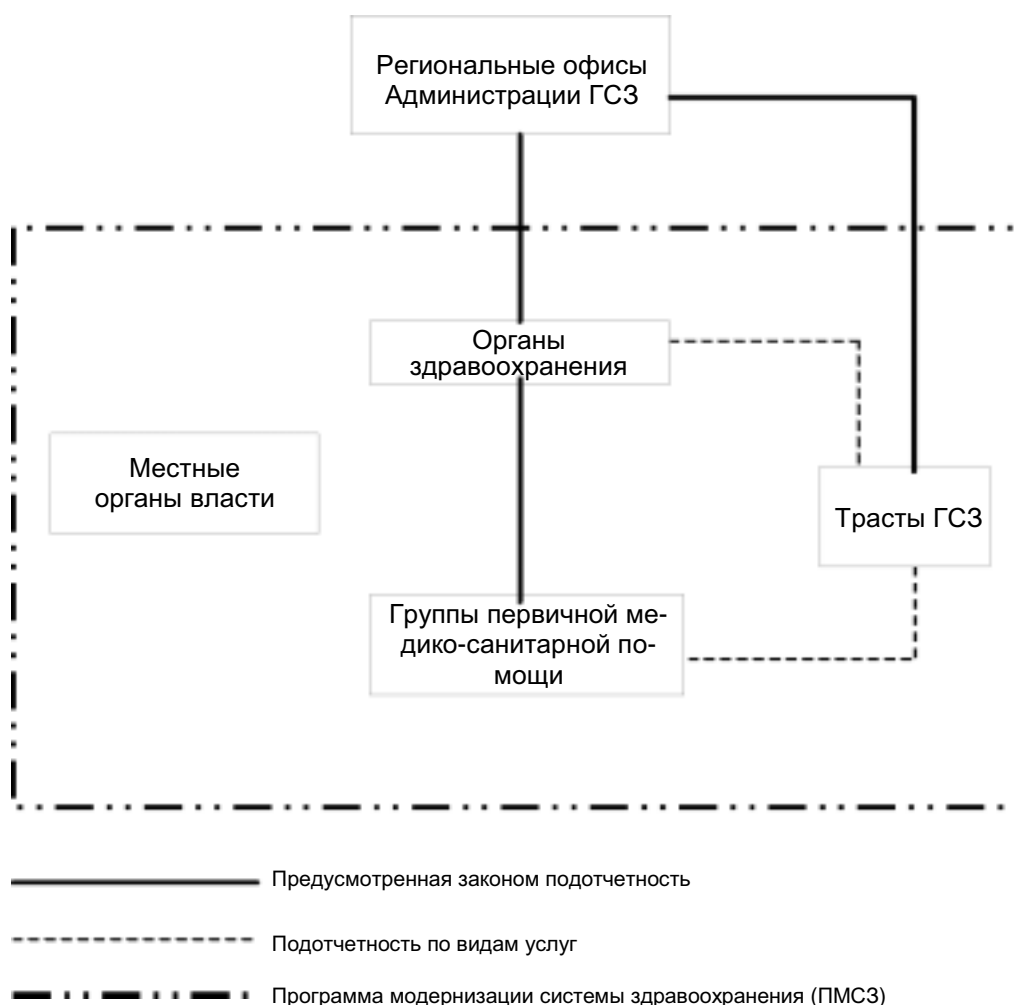
Серьезным изменением является отмена системы распоряжения средствами ВОП и ее производных, а также создание вместо нее групп первичной медико-санитарной помощи (ГПМСП). ГПМСП представляют собой объединения на базе ВОП в рамках географического района, к которому относятся все ВОП – как бывшие распорядителями средств, так и не являвшиеся таковыми. Эти группы существуют с 1 апреля 1999 года. Будучи гораздо более крупными по сравнению с прежними моделями первичной медико-санитарной помощи, они будут охватывать население численностью от 50 000 до 250 000 человек. Имеется в виду, что ГПМСП пройдут 4 этапа развития, которое завершится созданием трастов первичной медико-санитарной помощи (см. диаграмму 5). Планы правительства предусматривают также гораздо большую степень межведомственного сотрудничества с ГПМСП, тесно взаимодействующими с департаментами социального обеспечения местных органов власти.

Трасты ГСЗ по-прежнему отвечают за предоставление услуг, однако на смену их краткосрочным контрактным отношениям с покупателями приходят более долгосрочные соглашения об обслуживании. Вместо прежней рыночной конкуренции больше внимания уделяется взаимодействию между заказчиками и поставщиками на основе сотрудничества.

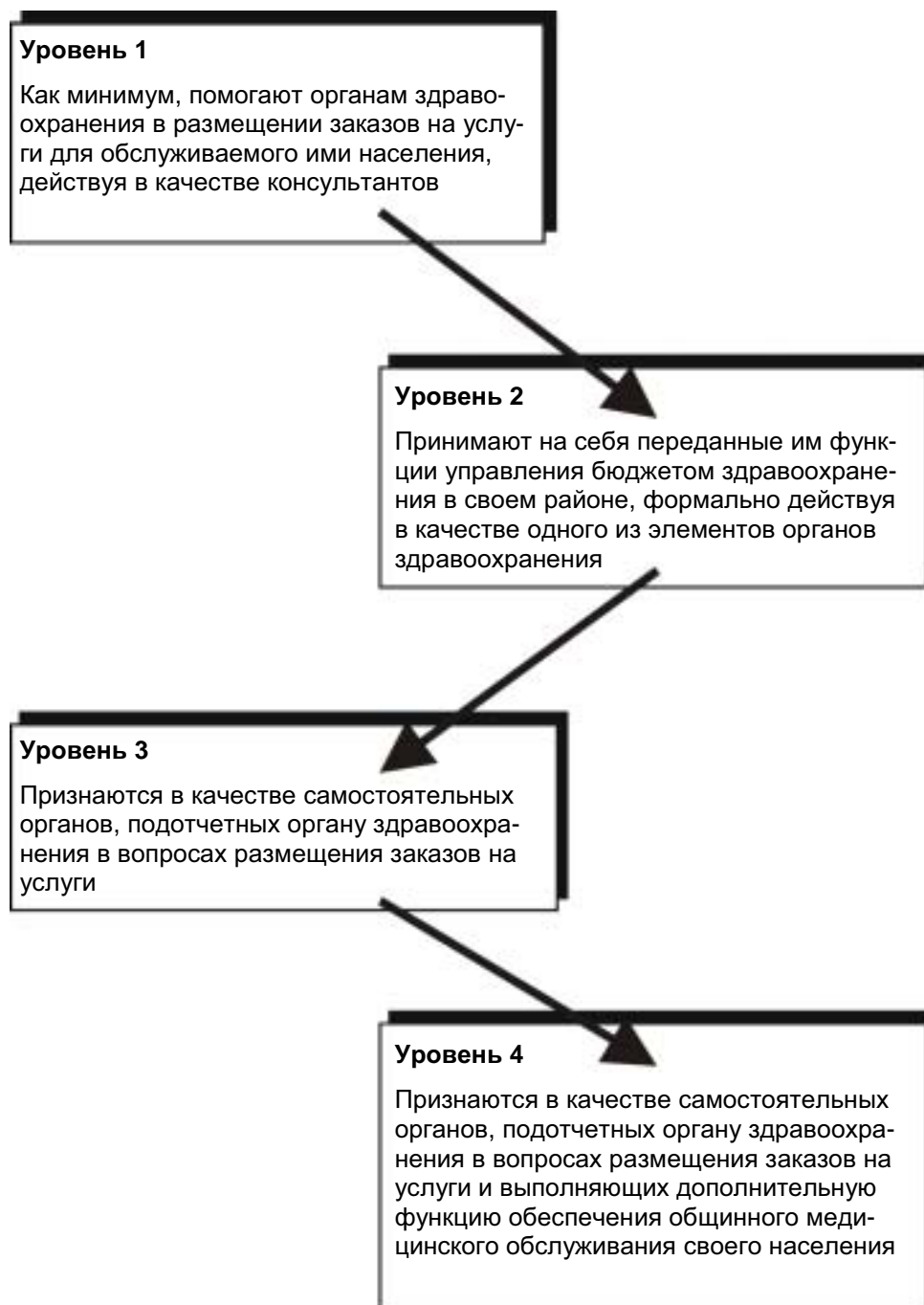
Поскольку прежние региональные органы здравоохранения становятся региональными офисами Администрации ГСЗ, районные органы здравоохранения теперь называются просто «органами здравоохранения». Функции органов здравоохранения все в большей степени смещаются в направлении стратегического планирования, а ГПМСП несут большую ответственность за размещение заказов на услуги. РОЗ отвечают за разработку планов для программ «модернизации здравоохранения» своих районов в сотрудничестве с ГПМСО, трастами и местными органами управления.

Как и ранее, существуют вертикали подотчетности РОЗ и трастов Администрации ГСЗ и ее региональным офисам. Как представляется, эти вертикали подотчетности центру являются более сильными, чем это имело место при предыдущем правительстве. Соображения на этот счет излагаются ниже.

#### Диаграмма 4. Структура «обновленной» ГСЗ



Источник: Министерство здравоохранения (1998 год) *The Government Expenditure Plans 1998–1999*. Departmental Report. Cm 3912. London: The Stationery Office p103.

**Схема 5. Этапы развития групп первичного медико-санитарного обслуживания<sup>5</sup>**

Источник: Министерство здравоохранения (1998 год) *The new NHS: modern and dependable*. London: The Stationery Office.

<sup>5</sup> Группы первичной медико-санитарной помощи могут в любой момент начать свою деятельность по тем видам услуг, которые отвечают их возможностям. Ожидается, что **БОЛЬШИНСТВО** из них начнут с уровня 2 и будут развиваться таким образом, чтобы со временем все группы первичной медико-санитарной помощи приняли на себя более широкие функции. Некоторые группы первичной медико-санитарной помощи могут с уровня 2 подняться сразу на уровень 4.

## **Благотворительные группы и группы потребителей**

В Соединенном Королевстве существуют самые разнообразные просветительские группы, работающие в интересах пациентов. Многие просветительские группы ориентированы на конкретные заболевания, например, они защищают интересы людей, страдающих от СПИДа, остеопороза, диабета, лейкемии, рака и т. д. Другие работают в интересах людей с психическими заболеваниями и конкретных групп пациентов, например пожилых людей (проблемы старения). Наряду с оказанием поддержки или информированием пациентов и членов их семей, эти группы предпринимают усилия по улучшению ухода и повышению качества услуг, предоставляемых ГСЗ. Кроме того, независимая Ассоциация пациентов занимается защитой интересов пациентов в целом. Другими, более официальными, формами вклада общественности в систему здравоохранения являются участие в советах по вопросам общинного здравоохранения, о которых более подробно говорится ниже, и представительство в советах групп первичной медико-санитарной помощи.

## **Советы по вопросам общинного здравоохранения**

Советы по вопросам общинного здравоохранения (СОЗ) были созданы в 1974 году. Они обеспечивают связь между ГСЗ и населением, разделяя вопросы управления предоставлением услуг и представительства интересов пациентов и населения.

В настоящее время в Англии и Уэльсе насчитывается 207 СОЗ (шестнадцать советов по здравоохранению и четыре совета по медицинскому обслуживанию и социальному обеспечению в Северной Ирландии, которые осуществляют функции, аналогичные функциям СОЗ). Каждый СОЗ состоит примерно из 16-30 членов; половина из них назначается органами местного управления; треть избирается местным общественным сектором; и шестая часть назначается министром здравоохранения (или, применительно к уэльским СОЗ, – министром по делам Уэльса). Деятельность СОЗ финансируется из средств государственного бюджета, которыми распоряжается Администрация ГСЗ, однако они независимы от структуры управления ГСЗ, друг от друга и от Ассоциации СОЗ по делам Англии и Уэльса (АСОЗАУ).

Органы здравоохранения обязаны официально консультироваться с СОЗ относительно существенных изменений в вопросах обслуживания, предоставлять информацию, необходимую СОЗ для осуществления своих функций по связям с общественностью, и проводить ежегодные совещания с участием сотрудников данного органа и членов СОЗ.

В свете проводимых в настоящее время реформ дальнейшая судьба СОЗ еще не решена.

## **Профессиональные органы**

Британская медицинская ассоциация является одновременно профессиональной организацией врачей и независимым профсоюзом, защищающим профессиональные и личные интересы своих членов. В ее состав входит более 80% британских врачей. Регистрацией специалистов и регулированием медицинской практики занимается Генеральный медицинский совет. Аналогичные организации существуют по другим спе-



циальностям, например, Британская ассоциация стоматологов. Существует также несколько профсоюзов, которые представляют работников системы здравоохранения. Основными профсоюзами являются ЮНИСОН, который представляет интересы работников государственных служб и основных предприятий, и МСФ, который представляет более 60 000 сотрудников категории специалистов, вспомогательного и технического персонала, научных работников, а также медицинского и сестринского персонала, работающего в системе ГСЗ.

Кроме того, каждая медицинская специальность находится в ведении Королевского колледжа, который отвечает за аттестацию и присвоение квалификации по данной специальности и в большинстве случаев за продолжение медицинского образования, выпуск руководств по вопросам лечения и контроль за медицинской практикой.

### Частный сектор

В 1996 году в Соединенном Королевстве существовало 25 частных медицинских страховщиков, предоставлявших соответствующие услуги. Семь из них являлись некоммерческими ассоциациями взаимного страхования (например, БУПА, ППП хелскеа, ВПА); остальные 18 можно назвать «коммерческими страховщиками», хотя некоторые из них являются взаимными обществами, принадлежащими их членам (например, Норвиджский союз).

Хотя к числу коммерческих страховщиков относятся 5 сравнительно давно работающих компаний, которые вышли на рынок до 1988 года, большинство из них появилось в конце 80-х – начале 90-х годов. В результате усиления конкуренции со стороны этих новичков в последние годы рыночная доля ассоциаций взаимного страхования сокращается (см. таблицу 4).

Что касается предложения услуг, то в Соединенном Королевстве насчитывается примерно 230 негосударственных медицинских учреждений/хирургических больниц. Господствующее положение на рынке занимают пять основных групп («Дженерал хелскеа груп Лтд», «Наффилд траст Лтд», «БУПА хоспитлс Лтд», «Комьюнити хоспитлс груп» и «ППП Коламбиа хелскеа Лтд»). На долю этих пяти групп приходится немногим более 60% больниц и совокупная доля в размере примерно 65% общего числа койко-мест в частном секторе.

**Таблица 4. Рыночная доля (в %) частных страховых компаний в совокупном доходе в виде страховых взносов**

Компания	Год			
	1985	1990	1995	1996
БУПА	59	50	44	42
ППП	25	29	27	27
ВПА	7	7	5	5
Прочие компании взаимного страхования	2	3	4	4
Коммерческие компании	7	11	20	22
<b>Совокупный доход в виде страховых взносов (в млн. фунтов стерлингов)</b>	<b>521</b>	<b>1 105</b>	<b>1 757</b>	<b>1923</b>

Источник: Laing and Buisson (1997) *Laing's Healthcare Market Review 1997–1998*, Laing and Buisson, London.

## **Планирование, регулирование и управление**

### **Планирование**

ГСЗ можно назвать принадлежащей государству и финансируемой им системой здравоохранения, которая опирается на мощную структуру вертикальной подотчетности. В 90-е годы некоторые осуществлявшиеся из центра командные и контрольные функции были ослаблены, поскольку ответственность за принятие решений частично была передана местным органам и ведомствам. С учетом этого процесс планирования осуществляется в различных формах рядом различных учреждений.

### **Планирование расходов**

Общий объем расходов на ГСЗ по-прежнему жестко контролируется из центра. Планирование расходов, независимо от того, идет ли речь об инвестиционных или текущих расходах, осуществляется в рамках процесса планирования правительством общих государственных расходов, когда определяется объем финансирования на следующий год. Министерство здравоохранения определяет распределение этих средств по регионам, а регионы определяют объем финансирования районов (вопросы финансирования, расходов и распределения ресурсов для ГСЗ далее см. в разделах «Финансирование и расходы на здравоохранение» и «Распределение финансовых ресурсов»).

### **Планирование услуг**

Несмотря на отсутствие детального национального плана, касающегося планирования услуг, ежегодно министерство здравоохранения издает распоряжение, устанавливающее приоритеты и содержащее руководство по планированию для ГСЗ. В руководстве на 1998-1999 годы, например, устанавливаются общие цели правительства на предстоящий год, определяются конкретные проблемы, которые призвана решить ГСЗ, и определяются области развития.

Эти цели предусматривают улучшение здоровья населения, укрепление приверженности обеспечению справедливости в процессе медицинского обслуживания, повышение качества услуг и содействие партнерству и сотрудничеству. Проблемы, которые требуют решения, заключаются в обеспечении оперативной и эффективной неотложной помощи, поддержании гарантий и стандартов максимальных сроков ожидания и обеспечении финансовой стабильности. В качестве конкретных областей развития были определены следующие: обеспечение комплексного обслуживания в вопросах психического здоровья, укрепление лидирующей роли первичного медико-санитарного обслуживания, повышение эффективности лечения и затрат, предоставление пользователям более широких возможностей выражать свое мнение и оказывать влияние, удовлетворение потребностей в области непрерывного медицинского обслуживания и укрепление учреждений ГСЗ в качестве надежных работодателей.

### **Новое лейбористское правительство и руководство по планированию**

Отходя от существовавшей ранее практики, новое правительство в сентябре 1998 года разработало национальное руководство по приоритетам на трехгодичный период –

1999/2000–2001/2002 годы – под заголовком «Модернизация здравоохранения и социального обеспечения». Этот документ по своим масштабам шире предыдущего руководства. В нем определяется новое направление системы здравоохранения, предусматривающее устранение первопричин плохого здоровья, ликвидацию барьеров между поставщиками услуг и уделение большего внимания качеству услуг.

В руководстве определены приоритетные области, в которых ГСЗ должна взять на себя основную ответственность, и другие области, в которых она должна разделить основную ответственность с департаментами социального обеспечения местных органов власти.

В отношении своей основной ответственности ГСЗ должна:

- сократить листы и сроки ожидания в соответствии с количественными целями;
- принять конкретные меры по развитию первичного медико-санитарного и общинного медицинского обслуживания с целью устранения неравенства, повышения качества и обеспечения большего удобства для пациентов, а также повышения эффективности;
- достичь целей снижения смертности от сердечных заболеваний путем обеспечения высококачественного, эффективного с точки зрения затрат и ответственного обслуживания по профилактике и лечению сердечно-сосудистых заболеваний;
- повысить качество, эффективность и доступность связанного с онкологическими заболеваниями обслуживания в областях профилактики, контроля и облегчения страданий.

Областями, в которых ГСЗ и департаменты социального обеспечения местных органов власти должны взять на себя основную ответственность и работать совместно, являются следующие:

- уменьшение неравенства в состоянии здоровья путем укрепления здоровья находящихся в наиболее неблагоприятных условиях слоев населения более быстрыми темпами, чем остального населения (это предусматривает разработку стратегий уменьшения числа случаев нежелательной беременности среди несовершеннолетних, обеспечения справедливого доступа к обслуживанию для чернокожего населения и групп этнических меньшинств, борьбы с курением, повышения показателей иммунизации детей и снижения наркозависимости);
- улучшение психического здоровья населения и повышение качества лечения и ухода за лицами с отклонениями в психическом здоровье путем предоставления всеобъемлющего комплекса высококачественных, эффективных и оперативных услуг;
- обеспечение предоставления услуг, с помощью которых взрослые могли бы добиться максимально независимой жизни и поддерживать этот уровень, путем, в частности, сокращения количества случаев необязательной госпитализации, развития профилактического обслуживания и оздоровительных мероприятий, а также предоставления дополнительной поддержки неформальным патронажным работникам.

Наряду с этими планами правительство разрабатывает национальные рамки оценки эффективности работы ГСЗ. Этот процесс будет охватывать шесть аспектов эф-

фективности работы, а именно: улучшение состояния здоровья населения, справедливый доступ, эффективное предоставление соответствующей медицинской помощи, а также действенность, опыт пациентов/пользователей и результаты лечения. Имеется в виду, что эти рамки лягут в основу соглашений об отчетности между региональными офисами и органами здравоохранения, а также между органами здравоохранения и группами первичной медико-санитарной помощи.

### **Планирование и общественное здравоохранение**

Установление приоритетов в отношении достижения конкретных целей по улучшению состояния здоровья населения применительно к конкретным болезням и видам нетрудоспособности осуществляется в развитие предпринятого предыдущим правительством консерваторов крупного мероприятия по планированию общественного здравоохранения. В рамках развернутой в 1992 году стратегии «Здоровье нации» было выявлено пять приоритетных областей для деятельности по снижению показателей смертности и заболеваемости – а именно: сердечно-сосудистые заболевания и инсульт; рак; психические болезни; сексуальное здоровье и несчастные случаи; при этом было установлено 25 количественных целей, призванных обеспечить снижение показателей смертности и заболеваемости за определенный период времени. Тогда впервые в Соединенном Королевстве был принят такой стратегический подход к вопросам планирования.

Свои собственные планы в области общественного здравоохранения нынешнее правительство опубликовало в вышедшей в феврале 1998 года «Зеленой книге» под названием «Крепить здоровье нации», а затем, в июле 1999 года, вышла «Белая книга» под названием «Спасая жизни: крепить здоровье нации». В этом находит свое выражение приверженность делу определения целей укрепления здоровья населения с уделением большего внимания социальным и экологическим факторам здоровья и, в частности, необходимости сокращения неравенства в состоянии здоровья. Это, наряду с прочими факторами, предусматривает учет последствий нищеты, безработицы, неблагоприятных жилищных условий и загрязнения окружающей среды. Эта стратегия, призванная сменить стратегию «Здоровье нации», содержит пересмотренные цели по четырем ключевым областям: рак, сердечно-сосудистые заболевания и инсульт, несчастные случаи и психическое здоровье.

### **Планирование, осуществляемое органами здравоохранения**

Национальные приоритеты и руководство по планированию, разработанные Администрацией ГСЗ, устанавливают рамки, с учетом которых органы здравоохранения должны разрабатывать свои собственные планы. До недавнего времени они представлялись в форме стратегии в области здравоохранения и планов по приобретению услуг, нередко выходя за рамки периодов планирования на срок до пяти лет. Теперь, в соответствии с новым подходом правительства, они формулируются с учетом рамок обслуживания и финансирования. Как правило, эти планы разрабатывают департаменты планирования, финансирования и общественного здравоохранения каждого ОЗ и подлежат утверждению советом ОЗ в составе председателя, руководителя и других исполнительных и неисполнительных членов. Хотя обычно в этих планах большое внимание уделяется местным потребностям, строгая подотчетность перед Администрацией ГСЗ означает, что серьезный акцент, как правило, делается на достижение на-

циональных приоритетов. Эти приоритеты занимают видное место в оценке, проводимой региональными офисами в рамках осуществления своей функции по управлению работой.

Новые функции, возложенные на органы здравоохранения в рамках новых планов лейбористского правительства, предусматривают разработку ими программ модернизации системы здравоохранения (ПМЗ) в своих районах. Эти программы призваны объединить усилия различных учреждений медицинского обслуживания и социального обеспечения с усилиями других организаций, например благотворительных организаций и компаний частного сектора, по разработке планов улучшения состояния здоровья местного населения. ПМЗ рассматриваются в качестве инструмента для выработки на местном уровне ответных шагов в отношении реализации национальных приоритетов и целей и определения местных приоритетов с точки зрения принятия мер. Кроме того, некоторые районы проживания крайне нуждающегося населения были определены в качестве зон повышенного внимания (ЗПВ). Этим зонам будет предоставляться особая помощь для разработки планов, направленных на улучшение состояния здоровья представителей нуждающихся групп.

### **Планирование и трасты ГСЗ**

В 90-е годы трасты ГСЗ обязаны были разрабатывать бизнес-планы. Эти планы содержали прогнозы трастов с точки зрения доходов и расходов и являлись важным компонентом процесса планирования инвестиций. В рамках механизмов функционирования внутреннего рынка трасты, желающие осуществить крупные инвестиции, должны были получить поддержку – в форме заявлений о намерении приобрести услуги – от тех ОЗ, которые намереваются приобрести у них услуги. Распорядители средств ВОП и другие покупатели услуг системы первичной медико-санитарной помощи также обязаны были разрабатывать ежегодные планы приобретения услуг.

### **Регулирование**

Как и в большинстве стран мира, система здравоохранения Соединенного Королевства действует в соответствии с различными регламентирующими положениями. В настоящем разделе дается краткое описание некоторых давно существующих форм регулирования. При этом, однако, основной акцент делается на новые, разработанные в 90-е годы подходы к регулированию, как один из элементов управления формирующимся внутренним рынком и на системы регулирования, которые разрабатывает нынешнее правительство в рамках своего нового подхода к ГСЗ.

### **Регулирование профессиональных стандартов**

Одна из наиболее важных областей регулирования касается стандартов, которым должны отвечать специалисты, занимающиеся лечебной практикой. Традиционно эта функция осуществляется, как правило, с помощью системы профессионального саморегулирования. Так, Генеральный медицинский совет регулирует процессы образования, подготовки и профессиональные стандарты врачей, а Центральный совет Соединенного Королевства по делам медицинских сестер и акушеров выполняет аналогичные функции в отношении своих членов. Однако в настоящее время ставшие достоянием широкой общественности примеры несоблюдения специалистами требований

самоконтроля с целью предотвращения серьезных случаев профессиональной небрежности привели к разработке официальных предложений и планов усиления внешнего регулирования.

### **Планирование медицинских кадров**

Постоянный консультативный комитет по медицинским кадрам консультирует министра о тенденциях, касающихся общей ситуации в области спроса и предложения в отношении врачей в Соединенном Королевстве. В соответствии с рекомендациями, сформулированными в его докладе за 1995 год, недавно была проведена тщательная проверка системы планирования медицинских кадров. Была создана консультативная группа по медицинскому (и стоматологическому) образованию, подготовке и подбору кадров под председательством Главного медицинского эксперта, которая отвечает за разработку национальной стратегической политики.

Были созданы местные консультативные группы по медицинским вопросам для консультирования сотрудников региональных офисов по различным аспектам подбора кадров для трастов ГСЗ. Эти группы призваны обеспечить соответствие политики отдельных трастов национальным стандартам и целям. Трасты обязаны включать в свои бизнес-планы информацию о стратегиях комплектования медицинских кадров, и, хотя в настоящее время наем медицинского персонала осуществляют непосредственно трасты, они, тем не менее, должны действовать в соответствии с национальными задачами.

### **Регулирование стандартов, касающихся работы больниц**

Хотя больницы ГСЗ не подлежат формальному регулированию через системы аккредитации, как это имеет место в некоторых странах, такие неправительственные организации, как Лондонский королевский фонд, предоставляют услуги по аккредитации, которыми воспользовались несколько больниц ГСЗ и частных больниц. Однако официальное регулирование не распространяется на психические лечебные заведения, которые подлежат официальным инспекциям, и на систему медицинского обслуживания по месту жительства и дома престарелых и инвалидов, где стандарты ухода за пациентами и их безопасностью регулируются.

### **Регулирование фармацевтической промышленности**

Еще одной областью, издавна являющейся предметом регулирования в силу соображений как лечебного, так и финансового характера, является фармацевтическая промышленность. Все новые продукты подлежат жесткой проверке на предмет их безопасности, прежде чем могут быть выданы лицензии на их использование. Кроме того, доходы фармацевтических фирм от продажи ими своей продукции ГСЗ регулируются через Программу регулирования цен на фармацевтическую продукцию (ПРЦФП). Эта не предусмотренная законодательством программа была выработана по согласованию между министерством здравоохранения и Ассоциацией британской фармацевтической промышленности, которая существует с 1957 года. Указанная программа функционирует на уровне деловых отношений той или иной компании с ГСЗ в целом, а не применительно к отдельным видам продукции.

Прибыль на акционерный капитал компании рассчитывается путем оценки доходов за вычетом допустимых издержек. В докладе парламенту за 1996 год говорилось о том, что ПРЦФП обладает рядом преимуществ. В нем отмечалось, что ПРЦФП помогает формированию разумных цен; содействует развитию мощной промышленности, способной осуществлять успешные инвестиции в научные исследования и разработки; обеспечивает преемственность и стабильность; поощряет нововведения; и является простой с административной точки зрения. Однако в докладе отмечалось и то, что ПРЦФП обладает рядом недостатков, таких, как отсутствие транспарентности, тенденция поддерживать неэффективность и подрывать политику сдерживания цен, а также препятствовать конкуренции цен на товары.

Самое последнее пятилетнее соглашение о ПРЦФП истекло в 1998 году, и в настоящее время правительство пытается заменить ее системой, предусмотренной законодательством.

### **Регулирование внутреннего рынка**

Несмотря на эти давно существующие механизмы регулирования, именно новые проблемы, вызванные введением в 1991 году внутреннего рынка и последующими планами замены внутреннего рынка, привлекли наибольшее внимание к политике регулирования.

В ходе реформ 1991 года большое внимание уделялось необходимости внедрения конкуренции в рамках ГСЗ в качестве стимула для улучшения работы. Свои ожидания относительно конкуренции правительство сформулировало четко:

*«...система финансирования, при которой могут процветать успешно работающие больницы,... будет поощрять местную инициативу и активизировать конкуренцию. Все это, в свою очередь, будет обеспечивать более благоприятные условия для населения, расширяя возможности выбора и повышая качество предлагаемых услуг и действенность предоставления таких услуг.»*  
(3)

Таким образом, конкуренция за получение контрактов между поставщиками, а не покупателями услуг, должна была расширить возможности выбора, улучшить качество и повысить эффективность. Однако с самого начала ряд экспертов выражали сомнения относительно теоретической и эмпирической обоснованности расчета на то, что благодаря конкуренции на рынке медицинского обслуживания такие результаты будут достигнуты. В частности, выражались опасения по поводу чрезмерного акцента на эффективность в ущерб качеству и справедливости. В ответ на эти озабоченности правительство разработало систему, получившую название «управляемой конкуренции». В сущности, речь шла об использовании конкуренции, или соревновательности, в качестве стимула для повышения эффективности при одновременном регулировании рынка, с тем чтобы чрезмерная конкуренция не поставила под угрозу достижение других целей.

Первые примеры регулирования рынка появились в форме «основных» услуг, которые каждый орган здравоохранения должен был приобрести у своего местного поставщика, с тем чтобы его местное население имело постоянный доступ к ключевым

услугам. Кроме того, для регулирования работы органов здравоохранения по приобретению услуг использовался целый комплекс приоритетов в области приобретения и планирования, о которых шла речь в предыдущем разделе, хотя это осуществлялось в форме «руководства» (при поддержке санкций управленческого характера), а не с помощью установленных правил поведения.

Однако, по-видимому, самым непосредственным образом механизмы регулирования используются в отношении ограничений поведения поставщиков. С самого начала было очевидно, что трасты ГСЗ будут обладать ограниченной свободой своей финансовой деятельности. Так, трасты не могли действовать как коммерческие фирмы; вместо этого они должны были обеспечивать шестипроцентную прибыль на свой основной капитал и безубыточность. Регулировалась также ценовая политика. Цены на свои услуги они должны были устанавливать на основе средних издержек и только в исключительных обстоятельствах могли устанавливать цены на основе предельных издержек или осуществлять перекрестное субсидирование.

Самым ярким выражением политики регулирования в отношении поставщиков стал документ, опубликованный Администрацией ГСЗ в 1994 году под названием «Функционирование внутреннего рынка: местные свободы, национальная ответственность». В этом документе были сформулированы критерии, которыми должна руководствоваться Администрация ГСЗ при проведении такой деятельности, как утверждение объединения компаний и совместных предприятий поставщиков; управление перестройкой и закрытием компаний-поставщиков; а также предотвращение случаев тайного сговора (с возможными неблагоприятными последствиями в виде повышения цен, снижения качества и создания препятствий для выхода на рынок) при одновременном поощрении сотрудничества, отвечающего интересам пациентов.

Важность документа «Функционирование внутреннего рынка: местные свободы, национальная ответственность» заключается в том, что в нем прямо говорится о необходимости управления рынком или его регулирования, но при этом утверждается, что внутренний рынок никогда не рассматривался как единственный фактор, обеспечивающий достижение всех целей ГСЗ. Это означало отход от опоры на конкуренцию и более широкое использование методов планирования и регулирования. Именно эту тенденцию, но более активно, и продолжило новое лейбористское правительство.

### **Обновленная ГСЗ и ее регламентирующая основа**

Важной особенностью нынешнего подхода правительства к регулированию в рамках ГСЗ является сильный акцент на определение и повышение стандартов качества. Для достижения этой цели создается ряд новых ведомств. Среди них – Национальный институт совершенствования клинической практики (НИСКП) и Комиссия по модернизации системы здравоохранения (КМЗ).

НИСКП будет отвечать за оценку данных об эффективности клинической практики и эффективности с точки зрения затрат существующих и новых видов лечения, а также за разработку четких руководящих указаний для лиц, занимающихся клинической практикой. С самого начала, как ожидается, Институт будет проводить 30-50 оценок в год, результаты которых будут использоваться в качестве основы для разработки руководящих принципов клинической практики. Дальнейшее укрепление



этого подхода будет способствовать четкому определению национальной структуры предоставления услуг, с учетом которой будут детально разработаны методы наилучшей организации обслуживания пациентов в конкретных областях. Для обеспечения предоставления действительно качественных услуг правительство намерено создать Комиссию по модернизации системы здравоохранения. Она призвана обеспечить проведение независимой проверки работы местных служб и принятие мер в тех случаях, когда на местном уровне устранить недостатки не удастся. (В полном объеме планы правительства в этих областях излагаются в опубликованном в 1998 году министерством здравоохранения издании «Первоклассное обслуживание: качество в рамках обновленной ГСЗ».)

Одним из первых мероприятий правительства по реализации нового подхода к регулированию путем оценки эффективности работы стала публикация в июне 1999 года клинических показателей и показателей высокой эффективности работы. С помощью его новых рамок оценки эффективности работы определяются качество и действенность услуг по шести основным параметрам, а именно: улучшение состояния здоровья населения, справедливый доступ к услугам, предоставление эффективного обслуживания, действенность, опыт пациентов и обслуживающих их патронажных работников и результаты лечения. В публикации от июня 1999 года дается оценка эффективности работы каждого траста ГСЗ с точки зрения шести основных клинических показателей, а также работы органов здравоохранения. Клинические показатели включают такие параметры, как случаи смерти в больнице в течение 30 дней после проведения операции, случаи смерти в больнице в течение 30 дней после поступления в больницу по линии неотложной помощи с переломом бедра лиц в возрасте 65 лет и старше и показатели повторного поступления в больницу по линии неотложной помощи в течение 28 дней после выписки. Показатели, касающиеся определения эффективности работы органов здравоохранения, включают такие параметры, как размеры листа ожидания стационарных больных в расчете на 1000 человек и пятилетний срок выживаемости больных раком молочной железы и шейки матки.

О других аспектах планирования и регулирования, которые будут осуществляться в рамках планов правительства относительно обновленной ГСЗ, таких, как программы модернизации системы здравоохранения, шла речь в предыдущих разделах, и в конце настоящего доклада они будут затронуты вновь.



## Финансирование и расходы на здравоохранение

### Основная система финансирования и покрытия расходов

Основная система финансирования и покрытия расходов здравоохранения в Соединенном Королевстве не столь сложна, как в большинстве других стран. ГСЗ финансируется, главным образом, за счет общих налогов, собираемых центральным правительством, а также взносов в рамках системы государственного страхования (ГС). Как следует из данных таблицы 5, в 1996/1997 году 93,7% общих расходов на ГСЗ в Англии было покрыто из этих двух источников: 81,5% – за счет ресурсов Консолидированного фонда, то есть общих налогов, и 12,2% – за счет взносов в рамках системы государственного страхования. (Несмотря на то, что для целей национального учета поступлений между налогами и платежами в ГС проводится различие, взносы в ГС сегодня равнозначны подоходному налогу и право на пользование услугами ГСЗ не зависит от их уплаты.) Остальные расходы на ГСЗ (6,3%) были возмещены путем взимания платы с пользователей (2,1%) – главным образом, платы за фармацевтические препараты и стоматологические услуги; за счет выплат по процентным целевым ссудам ГСЗ (3,0%); и за счет ресурсов из таких других источников (1,2%), как выплаты по капитальным фондам, находящимся в управлении органов здравоохранения.

Тот факт, что сбор финансовых ресурсов осуществляется посредством системы общего налогообложения, свидетельствует о наличии широкой базы финансирования, охватывающей все формы взимания налогов с поступлений, капитала и расходов. Поскольку на этапе сбора налогов компонент финансирования ГСЗ не выделяется в отдельную статью, оценить степень прогрессивности системы платежей не представляется возможным. Однако, если общая система налогообложения в целом является прогрессивной, то и система финансирования ГСЗ также может быть в целом охарактеризована как прогрессивная. Кроме того, сбор средств посредством системы общего налогообложения позволяет сохранять сопряженные с этим расходы на низком уровне, поскольку средства, предназначенные для финансирования ГСЗ, собираются в рамках процесса взимания общих прямых налогов.

В то же время применение системы финансирования за счет собираемых общих налогов обуславливает низкую транспарентность (а именно, слабую связь между уплачиваемыми физическими лицами налогами и получаемыми ими услугами ГСЗ). До

недавнего времени (1998 год) для определения объемов финансирования государственных программ, включая ГСЗ, проводились обзоры государственных расходов (ОГР). В рамках этого процесса министры, возглавляющие соответствующие «расходные ведомства», представляли министерству финансов сметы расходов на очередной финансовый год, а руководители министерства финансов в ходе консультаций и переговоров определяли, какая доля общих планируемых государственных расходов будет приходиться на каждое из «расходных ведомств». Такая система обеспечивала эффективный контроль за государственным финансированием сектора здравоохранения. Так, по мнению ряда аналитиков, она обеспечивала чрезвычайно эффективный контроль при недостаточном финансировании ГСЗ. В 1997 году правительство провело всеобъемлющий обзор расходов, которым были охвачены все государственные ведомства. По его итогам были составлены планы расходов на трехлетний период.

**Таблица 5. Источники финансирования ГСЗ (в процентах, если не указано иное), 1988/1989–1996/1997 годы**

Финансовый год	1988/ 1989	1989/ 1990	1990/ 1991	1991/ 1992	1992/ 1993	1993/ 1994	1994/ 1995	1995/ 1996	1996/ 1997
<b>Общий объем финансирования (млн. ф. ст.)</b>	<b>19 317</b>	<b>21 088</b>	<b>23 632</b>	<b>26 954</b>	<b>29 856</b>	<b>31 275</b>	<b>33 266</b>	<b>34 878</b>	<b>36 330</b>
<b>Всего из государственных источников</b>	<b>95,2</b>	<b>94,1</b>	<b>94,5</b>	<b>94,7</b>	<b>95,0</b>	<b>94,7</b>	<b>94,5</b>	<b>94,3</b>	<b>93,7</b>
Расходы Консолидированного фонда	80,1	77,5	78,8	80,7	81,8	82,0	82,4	82,1	81,5
Взносы ГС, приходящиеся на ГСЗ	15,1	16,6	15,7	14,0	13,2	12,7	12,1	12,2	12,2
<b>Всего из других источников</b>	<b>4,8</b>	<b>5,9</b>	<b>5,6</b>	<b>5,6</b>	<b>5,2</b>	<b>5,4</b>	<b>5,6</b>	<b>5,8</b>	<b>6,3</b>
Плата за услуги	3,1	4,5	4,5	4,1	3,7	3,1	2,4	2,3	2,1
Поступления от основного капитала по трастам ГСЗ	–	–	–	–	–	1,2	2,2	2,5	3,0
Прочие источники	1,7	1,4	1,1	1,1	1,5	1,1	1,0	1,0	1,2

Источник: Department of Health (1998) *The Government Expenditure Plans 1998–1999*. Departmental Report. Cm 3912. London: The Stationery Office.

Помимо средств, собираемых в рамках системы общего налогообложения, финансирование здравоохранения в Соединенном Королевстве обеспечивается негосударственным сектором, на долю которого в 1996 году приходилось 14,6% всего объема расходов, что, по оценкам, составило 7474 млн. ф. ст. (20). В различных схемах частного медицинского страхования участвует не более 11% населения страны. Кроме того, в значительной степени такое финансирование осуществляется в форме оплаты медицинских услуг наличными. Так, наличными оплачиваются услуги негосударственных медицинских учреждений, услуги по долговременному медицинскому уходу, а также фармацевтические препараты и услуги стоматологов и офтальмологов. (Более полный анализ негосударственного финансирования сектора здравоохранения и социального попечения содержится в нижеследующих разделах настоящего доклада).

## Право на пользование услугами ГСЗ

Право на получение услуг в рамках ГСЗ, как правило, имеют все лица, проживающие в Соединенном Королевстве. Нормативным документом, определяющим сферу охвата и набор услуг, обеспечиваемых ГСЗ, является Закон 1977 года о государственной службе здравоохранения. Этот Закон обязывает государственного министра создать такую всеобъемлющую систему здравоохранения, которая обеспечивала бы неуклонное улучшение физического и психического состояния населения и развитие услуг в целях профилактики, диагностирования и лечения различных заболеваний. Согласно первому разделу Закона 1977 года, все больничные услуги и услуги врачей-специалистов предоставляются бесплатно, если четко не оговорены случаи, когда допускается взимание платы. Плата может взиматься со страховых компаний за лечение пациентов, пострадавших в результате дорожно-транспортных происшествий, а также со стационарных больных, которые днем работают за вознаграждение и возвращаются в больницу лишь на ночь (обычно это пациенты, проходящие длительное лечение). Кроме того, плата может взиматься за лекарственные препараты и услуги офтальмологов и стоматологов. В соответствии с седьмым разделом Закона 1988 года о медицинских услугах и лекарственных препаратах, содержащим поправки к Закону 1977 года, плата за услуги может также взиматься с иностранцев по ставкам, которые по поручению государственного министра устанавливаются органами здравоохранения. (На основе двусторонних соглашений гражданам других стран-членов ЕС неотложная медицинская помощь предоставляется бесплатно).

## Объем предоставляемых медицинских услуг и их нормирование

В отличие от некоторых других стран, в которых четко определен объем медицинских услуг, покрываемых частными или государственными планами медицинского страхования, ГСЗ такого перечня услуг не имеет. В целом Закон 1977 года возлагает на государственного министра ряд обязанностей по обеспечению больничных услуг и услуг общинных медицинских служб. Например, четко определена обязанность обеспечить прохождение учащимися государственных школ регулярных медицинских осмотров. Однако в большинстве случаев объем фактически предоставляемых услуг определяется самим государственным министром. Так, Закон требует, чтобы он обеспечил оказание услуг «в таком объеме, в каком он считает это необходимым для удовлетворения всех разумных потребностей». Столь широкие дискреционные полномочия послужили причиной дебатов по поводу необходимости нормирования услуг, которые ведутся в Соединенном Королевстве на протяжении вот уже нескольких лет. Их суть излагается ниже.

Обязанность по обеспечению услуг врачей общей практики (ВОП), стоматологов и офтальмологов, а также услуг по распределению фармацевтических препаратов возложена не на государственного министра, а на органы здравоохранения. Они должны создать условия для того, чтобы врачи в их соответствующих районах предоставляли населению надлежащие услуги. Однако и в этом случае понятие «надлежащих услуг» является расплывчатым. Например, что касается ВОП, то в их государственном трудовом договоре говорится, что они обязаны предоставлять состоящим у

них на учете пациентам «все такие необходимые и надлежащие индивидуальные медицинские услуги, которые обычно предоставляются общепрактикующими врачами».

### **Хартия пациента**

В попытке более четко определить права и возможности пациентов с точки зрения получения услуг в рамках ГСЗ в 1991 году правительство консерваторов предложило принять Хартию пациента. В этой Хартии, которая явилась частью более широкой инициативы, основанной на Хартии гражданина, был провозглашен целый ряд прав, касающихся услуг ГСЗ, а также стандартов, которым предположительно должна удовлетворять служба здравоохранения (см. вставку 1). Однако указанные права и стандарты носят диспозитивный характер и не обеспечиваются правовыми санкциями. В публиковавшихся впоследствии докладах приводилась информация о компаративном анализе показателей деятельности с точки зрения удовлетворения стандартов, закрепленных в Хартии пациента.

Пришедшее к власти лейбористское правительство поставило перед собой задачу пересмотреть старую Хартию пациента и выработать новый документ. Правительство поручило сделать это Грегу Дайку, возглавившему группу консультантов, и в 1998 году министерство здравоохранения опубликовало подготовленный им доклад «Новая Хартия ГСЗ: иной подход». Несмотря на то, что г-н Дайк указал на важность разработки не общегосударственной, а местных хартий, до сих пор не принято никаких решений относительно окончательной формы этого нового подхода.

### **Периоды ожидания обслуживания**

В 1997 году правительство взяло на себя конкретные обязательства по сокращению числа лиц, ожидающих своей очереди на лечение в рамках ГСЗ. По данным, собранным в ходе проведенных перед выборами широких консультаций с общественностью, одним из основных источников беспокойства применительно к услугам ГСЗ являлись длительные периоды ожидания их получения.

Были определены следующие конкретные задачи:

- i) период ожидания стационарного больничного лечения не должен превышать 18 месяцев; и
- ii) к следующим выборам общее число лиц, ожидающих лечения, должно быть сокращено на 100 тыс. по сравнению с показателем по состоянию на 1 мая 1997 года.

Однако после существенного увеличения числа лиц, ожидающих лечения, в первый год пребывания лейбористского правительства у власти, было взято новое обязательство, а именно сократить к 1 апреля 1999 года общее число лиц, ожидающих лечения, до уровня по состоянию на 1 мая 1997 года.

Данные об общем числе лиц, ожидающих госпитализации, приводятся в таблице 6. Из них следует, что после роста, наблюдавшегося в период до марта 1998 года, совокупный показатель начал снижаться. Правительство хотело бы обеспечить такое положение, при котором период ожидания лечения не превышал бы 12 месяцев, од-

нако, несмотря на снижение показателей этой категории, в настоящее время число лиц, ожидающих лечения в течение 12-18 месяцев, превышает тот уровень, который существовал на момент его прихода к власти.

### **Вставка 1. Хартия пациента: права и стандарты**

#### **Права**

- Получение медицинской помощи исходя из клинических потребностей, независимо от платежеспособности;
- Постановка на учет у ВОП;
- Получение неотложной медицинской помощи в любое время со стороны либо ВОП, либо службы экстренной медицинской помощи и больничных травматологических отделений и отделений неотложной помощи;
- Направление на консультацию к приемлемому для пациента специалисту, если ВОП считает такое направление необходимым, и направление на вторичную консультацию, если пациент и его ВОП считают, что таковая желательна;
- Объяснение врачом любого предлагаемого лечения, включая все риски и альтернативные методы лечения, до принятия пациентом решения о прохождении предлагаемого лечения;
- Доступ пациента к своей медицинской карте и гарантии того, что работники ГСЗ, согласно закону, будут соблюдать конфиденциальный характер содержащихся в ней сведений;
- Право пациента отказаться от участия в медицинских исследованиях или процессе подготовки студентов-медиков;
- Получение детальной информации о местных службах здравоохранения, в том числе о стандартах качества и максимальных периодах ожидания. Возможность получения такой информации в местном органе здравоохранения, у ВОП или в местном совете по вопросам здравоохранения;
- Гарантированное поступление практически на любой вид лечения к конкретной дате в период, не превышающий двух лет с момента записи пациента у врача-специалиста. Большинство пациентов будут приниматься на лечение до этой даты. В настоящее время 90 % поступают на лечение в течение года;
- Расследование любых жалоб на службы ГСЗ – от кого бы они ни исходили – и представление полного и незамедлительного письменного ответа руководителем местного органа системы здравоохранения или больницы, в которой проходит или проходил лечение пациент. В том случае, если лицо, подавшее жалобу, окажется неудовлетворенным, оно может передать дело на рассмотрение комиссару по вопросам здравоохранения.

#### **Стандарты**

- Неприкосновенность частной жизни и уважение достоинства, религиозных верований и культурной самобытности;
- Обеспечение доступа к услугам для всех, включая лиц с особыми нуждами;
- Информирование родственников и друзей пациента о ходе его лечения, разумеется, при согласии со стороны пациента;
- Экстренная медицинская помощь должна предоставляться в течение 14 минут в городском районе и 19 минут в сельском районе;
- При посещении травматологического отделения или отделения экстренной медицинской помощи врач немедленно принимает пациента и выносит заключение о требуемом лечении;
- При посещении клиники для амбулаторных больных пациенту назначается конкретное время для приема, и врач принимает его не позднее чем через 30 минут после назначенного времени;
- Назначенная операция не может быть отменена в день предполагаемого поступления пациента в больницу. В исключительном случае, когда операция уже отложена дважды, пациент должен быть госпитализирован в течение одного месяца после второй отмены операции;
- Пациент имеет право на получение услуг по медицинскому уходу или акушерских услуг со стороны специально прикрепленной к пациенту квалифицированной медицинской сестры, акушерки или патронажной сестры;
- До выписки пациента из больницы принимается решение о том, нуждается ли он в каком-либо длительном медицинском уходе или социальном попечении.

Источник: Department of Health (1995) NHS: *the patient's charter: a charter for England HMSO, London.*

**Таблица 6. Общее число лиц, ожидающих госпитализации, в Англии, 1997–1999 годы (тыс. человек)**

	Март 1997 г.	Июнь 1997 г.	Март 1998 г.	Декабрь 1998 г.	Февраль 1999 г.
Всего	1 158	1 190	1 298	1 174	1 120
< 12 месяцев	1 127	1 143	1 230	1 118	1 068
12–18 месяцев	31,1	46,3	68,0	56,0	51,8

Источник: Министерство здравоохранения, 1999 год.

Вышеприведенные цифры не включают лиц, ожидающих приема у врача в клиниках для амбулаторных больных. Данные о лицах, которые ожидают первого приема у врача свыше 13 месяцев, свидетельствуют об увеличении числа таких лиц за рассматриваемый период.

### Фармацевтические препараты

В области распределения фармацевтических препаратов обеспечиваемые ГСЗ услуги являются наиболее очевидными. В 1985 году был введен в действие ограниченный перечень лекарств, которые можно получить по рецепту ГСЗ. В Списке 10, прилагающемся к Нормативам Государственной службы здравоохранения (общие медицинские услуги) 1992 года, перечисляются лекарственные препараты, рецепты на которые не могут выписываться врачами общей практики в рамках ГСЗ; в Списке 11, прилагающемся к тем же Нормативам, перечисляются лекарственные препараты, рецепты на которые могут выписываться лишь отдельным группам пациентов или при наличии тех или иных заболеваний. Кроме того, министерство здравоохранения пытается влиять на «поведенческие стереотипы» в этой области путем периодического распространения рекламных проспектов, содержащих сопоставительный анализ расходов на альтернативные фармацевтические товары, среди определенных терапевтических групп. Существует также Британский национальный фармакологический справочник (БНФС), который составляется Королевским фармацевтическим обществом Великобритании и Британской медицинской ассоциацией. Он регулярно бесплатно рассылается по почте всем врачам.

Государственная политика в области выписки рецептов ГСЗ в настоящее время претерпевает изменения. При прежнем правительстве консерваторов решения по вопросам, касающимся оказания услуг ГСЗ (включая фармацевтические препараты), принимались на местном уровне. Новое, лейбористское правительство делает значительно больший упор на национальные стандарты. В соответствии с этим подходом недавно созданный Национальный институт усовершенствования клинической практики (НИКП) вырабатывает для местных органов рекомендации относительно того, какие услуги характеризуются высокой эффективностью и, следовательно, должны обеспечиваться ГСЗ. В качестве своей первой рекомендации НИКП предложил органам и врачам ГСЗ в целом воздержаться от выписки рецептов на новое противогриппозное средство «Реленца» ввиду отсутствия каких-либо данных, подтверждающих его эффективность для пожилых людей, входящих в группу повышенного риска.



## Определение приоритетов органами системы здравоохранения

После принятия в апреле 1991 года Закона о ГСЗ и общинном здравоохранении на органы здравоохранения были возложены новые широкие обязанности по закупке медицинских услуг и размещению заказов на оказание таких услуг. На них была возложена обязанность по оценке потребностей населения их соответствующих районов в области здравоохранения и по заказу различных услуг, необходимых для удовлетворения таких потребностей. Однако, как и ранее, ГСЗ оставалась ограниченной в наличных средствах, вследствие чего поставленную задачу следовало выполнять в пределах жестко фиксированных бюджетов. Это означало, что органам здравоохранения приходилось решать, какие именно услуги приобрести, в каких количествах и у кого. Наделение органов здравоохранения такими полномочиями и послужило основной причиной повышения внимания к проблеме нормирования услуг ГСЗ в 90-е годы.

В этот период в обществе неоднократно бурно обсуждались принимавшиеся теми или иными органами здравоохранения решения об ограничении услуг, предоставляемых жителям их соответствующих районов, или об отказе в оплате определенных видов услуг отдельным лицам. Возможно, наиболее нашумевшим является случай с больной девочкой (Джейми Боуэн), который произошел в марте 1995 года. Отец ребенка подал на орган здравоохранения района Кембриджа и Хантингдона в суд за отказ оплатить дополнительный курс химиотерапии и повторную операцию по пересадке костного мозга у его дочери, которая болела лейкемией, на основании весьма неблагоприятного клинического прогноза. Суд вынес решение в пользу органа здравоохранения. Ребенок прошел лечение в частной клинике, финансируемой за счет частных пожертвований, но, к сожалению, вскоре умер.

Ввиду необходимости принятия столь сложных решений был выработан целый ряд методических рекомендаций в отношении определения приоритетов. Со своей стороны центральное правительство призвало органы здравоохранения привлекать к процессу принятия решений, касающихся нормирования и определения приоритетов, широкую общественность. Общий подход впоследствии был одобрен Специальным комитетом палаты общин по здравоохранению, в состав которого вошли представители всех партий, в его докладе, посвященном определению приоритетов (1995 год). На местном уровне для учета общественного мнения были задействованы такие многочисленные механизмы, как опросы населения, встречи с общественностью, создание целевых групп и, наконец, «гражданских коллегий».

В рамках ряда других инициатив органы здравоохранения были привлечены к разработке – при участии экспертов и представителей общественности – материалов, облегчающих установление руководителями приоритетов для выделения средств в будущем. Кроме того, экономисты, специализирующиеся на проблематике здравоохранения, выработали методы проведения экономической оценки.

Однако, как показало одно из крупных исследований по вопросу об определении приоритетов, проведенное органами здравоохранения, даже без всех вышперечисленных инициатив случаи однозначного и немедленного отказа в оплате медицинских услуг редки и – даже когда они происходят – ограничены услугами второстепенного значения, такими, как удаление татуировок, косметическая хирургия и гомеопатия. Как правило, органы здравоохранения пытаются избежать возникновения серьезных

споров путем предоставления по крайней мере ряда услуг и использования таких традиционных подходов ГСЗ, как формирование очередей пациентов, ожидающих лечения, и нормирование услуг врачей-специалистов, когда речь идет об основных категориях услуг. В недавно проведенном обзоре подходов в области нормирования Хантер (12) заявил, что суть этого подхода – «элегантно водить людей за нос».

## Дополнительные источники финансирования

В области оказания медицинских услуг в Соединенном Королевстве доминирует ГСЗ, и, как следует из таблицы 7, сфера здравоохранения практически полностью финансируется за счет средств, собираемых посредством системы общего налогообложения. В то же время существует ряд дополнительных источников финансирования. Данные таблицы 7 свидетельствуют о том, что 2% поступлений ГСЗ приходится на плату, взимаемую с пользователей услуг. Помимо этого, ГСЗ получает доходы в виде платы наличными за лекарственные препараты, отпускаемые без рецепта, а также платы за услуги негосударственных медицинских учреждений, которая может взиматься как наличными, так и через систему частного медицинского страхования.

В таблице 7 показано, какие доли в совокупных расходах на здравоохранение приходятся на средства, собранные в рамках системы общего налогообложения, и на дополнительные источники финансирования в отдельные годы в период 1975–1995 годов. Как следует из таблицы, доля частных платежей в совокупных расходах на здравоохранение возросла с 3,1% в 1975 году до 6,7% в 1990 году. Этот рост преимущественно был обусловлен увеличением доли платежей учреждений системы частного страхования. Однако в 90-е годы этот показатель оставался практически неизменным, а совокупная доля расходов из частных источников несколько сократилась. Тенденции в области частного страхования более подробно рассматриваются в двух следующих разделах.

**Таблица 7. Основные источники финансирования (в процентах от совокупных расходов на здравоохранение), 1975–1995 годы**

Источник финансирования	1975 год	1980 год	1985 год	1990 год	1994 год	1995 год
<b>Государственное финансирование</b>						
Налоги	89,0	89,0	86,0	79,0	82,0	84,0
Прочие источники	7,9	7,3	8,2	14,3	11,6	9,8
<b>Частное финансирование</b>						
Оплата услуг наличными	2,2	2,5	3,3	3,4	2,9	2,7
Частное страхование	0,9	1,2	2,5	3,3	3,5	3,5

Источник: Рассчитано на основе OECD health data 1998 and Department of Health (1998) *The Government Expenditure Plans 1998–1999*. Departmental Report. Cm 3912. London: The Stationery Office.

## Оплата услуг наличными

В больничном секторе ГСЗ небольшие дополнительные средства поступают в виде платы за пользование койками с улучшенным обслуживанием, которые, как правило, обеспечивают большее уединение по сравнению с обычными стационарными койками. Однако основным источником дополнительных поступлений является плата, взим-

маемая за базовые медицинские услуги применительно к распределению фармацевтических препаратов и оказанию стоматологических и офтальмологических услуг.

### **Фармацевтические препараты**

Плата за лекарства впервые была введена в 1952 году по причине того, что спрос на услуги в этой области значительно превысил тот уровень, который прогнозировался основателями ГСЗ, и с тех пор – за исключением периода 1965–1968 годов – такое положение дел сохраняется. К настоящему времени плата за лекарства выросла невероятно. Так, в реальном исчислении (то есть с поправкой на общий уровень инфляции) в период с 1971 по 1993 год плата возросла примерно на 300%. В 1998 году она составляла 5,80 фунта стерлингов за единицу товара (около 57% от средних совокупных расходов на лекарства, отпускаемые по рецептам). Однако во многих случаях плата не взимается за лекарства для детей в возрасте до 16 лет, пожилых людей, лиц с низким уровнем доходов, лиц с определенными хроническими заболеваниями и за специальные лекарства, такие, например, как противозачаточные таблетки. По состоянию на 1995/1996 год 84% всех рецептов было выписано лицам, которые впоследствии обратились с просьбой об освобождении от их оплаты.

Несмотря на широкую практику освобождения от оплаты лекарств, изменения в этой области могут оказывать заметное влияние как на поступления в государственный бюджет, так и на количество выписываемых рецептов. Так, по оценкам группы ведущих исследователей, увеличение платы с 3,75 фунта стерлингов до 4,25 фунта стерлингов за единицу товара в 1993 году позволило правительству увеличить свои доходы на 17,3 млн. фунтов стерлингов. Кроме того, количество выписанных рецептов сократилось на 2,3 млн. по сравнению с тем количеством, которое было бы выписано в случае сохранения платы на прежнем уровне.

С 1953 по 1969 год плата за выписанные фармацевтические препараты являлась самым крупным источником поступлений в бюджет ГСЗ. Однако с 1969 года на первое место вышли поступления от платы за стоматологические услуги: так, в 1998/1999 году поступления в виде платы за лекарства в Англии составили 341 млн. фунтов стерлингов, а поступления в виде платы за стоматологические услуги – 420 млн. фунтов стерлингов.

### **Стоматологические услуги**

В ГСЗ общие стоматологические услуги предоставляются независимыми стоматологами на основе соглашений, заключаемых с местными органами здравоохранения. В настоящее время значительная часть расходов, составляющая 80% от общей стоимости лечения, но не превышающая установленного в 1999/2000 году максимального уровня в 348 фунтов стерлингов покрывается самими пациентами. ГСЗ не взимает плату с определенных групп пациентов, главным образом детей, лиц с низким уровнем доходов, беременных и кормящих матерей. В 1998/1999 году полная стоимость курса стоматологического лечения в рамках ГСЗ в среднем составляла примерно 34 фунта стерлингов.

Многие стоматологи оказывают услуги пациентам как в рамках ГСЗ, так и в частном порядке. Обострившиеся в последние годы разногласия между стоматологами и

правительством по поводу размера платы, взимаемой в рамках ГСЗ, привели к тому, что одни стоматологи полностью отказались от сотрудничества с ГСЗ, а другие снизили размер взимаемой платы. Ввиду трудностей, с которыми связано получение услуг ГСЗ, пациенты во многих областях вынуждены обращаться за услугами в негосударственный сектор. В этом случае они полностью покрывают стоимость стоматологического лечения. Как следствие, в последние годы наблюдается быстрое развитие системы частного стоматологического страхования. Так, сегодня компания «Денплан Лтд.», которая в 1994 году была приобретена крупнейшей медицинской страховой компанией «ППП», ежегодно выплачивает частному стоматологическому сектору около 60 млн. фунтов стерлингов за услуги, оказываемые примерно 500 тыс. пациентов; по оценкам, совокупная стоимость услуг, оказываемых на частном стоматологическом рынке, составляет 500 млн. фунтов стерлингов в год.

### **Офтальмологические услуги**

В 80-е годы сфера офтальмологических услуг в целом функционировала без вмешательства со стороны государства. С апреля 1989 года бесплатная проверка зрения в рамках ГСЗ проводилась лишь для ряда приоритетных групп, а именно детей, учащихся дневных отделений в возрасте до 19 лет, взрослых с низким уровнем доходов, лиц с определенными офтальмологическими заболеваниями и лиц, предрасположенных к таким заболеваниям. С апреля 1999 года все лица старше 60 лет вновь получили право на бесплатную проверку остроты зрения в рамках ГСЗ. Лица, относящиеся ко всем другим группам, проходят такую проверку в частном порядке. Стоимость услуг, как правило, составляет 16–18 фунтов стерлингов. В основном окулисты взимают плату за выписываемые ими очки, хотя в рамках ГСЗ определенным приоритетным группам, главным образом детям и лицам с низким уровнем доходов, выдаются ваучеры для покрытия расходов на приобретение очков. В 1996/1997 году в Англии было выдано чуть меньше четырех миллионов ваучеров.

### **Социальное попечение**

В своей политике в области здравоохранения и социального попечения Великобритания уже давно проводит различие между медицинской помощью, оказываемой в рамках ГСЗ, которая в подавляющем числе случаев практически бесплатна, и социальной помощью, оказываемой через местные органы власти в зависимости от уровня доходов потенциальных бенефициаров. Однако в послевоенный период это различие практически стерлось, поскольку местные органы часто не взимали плату за социальную помощь, оказываемую на дому, и длительный уход за больными в значительной степени обеспечивался ГСЗ бесплатно.

В 80-е годы положение дел в этой области начало меняться благодаря политике правительства, направленной на поощрение оказания услуг по уходу за больными и помощи на дому частными учреждениями, а не ГСЗ и местными органами. Сначала финансовые последствия свертывания бесплатных услуг ГСЗ в рассматриваемой области были не столь очевидными в силу того, что услуги, оказываемые частными учреждениями, финансировались системой социального обеспечения. Однако после включения компонента медицинской помощи в «общинный компонент» в соответствии с принятым в 1993 году Законом о ГСЗ и общинном здравоохранении ситуация изменилась.

Согласно новым процедурам в отношении всех лиц, нуждающихся в социальном попечении, социальный работник соответствующего местного органа проводит оценку потребностей в такой помощи. На основе проведенной оценки определяется пакет требуемых услуг, который может включать услуги, оказываемые на дому, или услуги, предоставляемые домами престарелых или инвалидов. Кроме того, проводится оценка доходов и (если требуются услуги, предоставляемые домами престарелых или инвалидов) стоимости имущества, что необходимо для определения того, какая доля расходов будет покрываться нуждающимся в такой помощи в частном порядке.

В настоящее время лицо, стоимость имущества которого превышает 10 тыс. фунтов стерлингов, обязано покрывать часть расходов, связанных с его пребыванием в доме престарелых или инвалидов. Лицо, стоимость имущества которого превышает 16 тыс. фунтов стерлингов, покрывает указанные расходы полностью. Для целей такого рода расчетов принадлежащие лицу акции и другие активы включаются в стоимость его имущества и используются для целей покрытия расходов на социальную помощь.

Такое положение дел вызвало значительное недовольство со стороны тех лиц – и членов их семей и наследников, – на которых таким образом возлагалась обязанность по покрытию расходов, связанных с длительным уходом. Высказывались обвинения в нарушении имплицитного «социального договора» между правительством и пожилыми людьми. Это послужило причиной широких дебатов по данной проблеме и выдвижения многочисленных предложений относительно реформирования системы. В связи с указанными событиями лейбористское правительство учредило в 1997 году Королевскую комиссию по проблеме длительного ухода за престарелыми. В марте 1999 года Комиссия опубликовала свой доклад, озаглавленный «С уважением к преклонному возрасту: длительный уход – права и обязанности». Главная ее рекомендация заключалась в том, чтобы разделить расходы по уходу на такие категории, как расходы на жизнь, расходы на жилье и расходы на индивидуальный уход. Услуги по индивидуальному уходу должны обеспечиваться после проведения оценки потребностей и должны покрываться за счет средств, собранных в рамках системы общего налогообложения: все другие расходы должны покрываться пользователем услуг с учетом его личных средств. На момент составления данного документа правительство было занято разработкой мер во исполнение рекомендаций Комитета.

### **Добровольное (частное) медицинское страхование \***

Частное медицинское страхование представлено двумя основными формами: корпоративное страхование, обеспечиваемое компаниями своим работникам (на него приходится 59% рынка таких услуг), и индивидуальное страхование (его доля составляет 31%). Оставшиеся 10% – это страхование на базе добровольно созданных групп работников, когда в качестве «базовых» организаций выступают профессиональные ассоциации или профсоюзы, а страховые взносы осуществляются самими работниками. Следует также отметить, что почти в трети программ корпоративного страхования всю или часть суммы страхового взноса уплачивают работники.

---

\* Представленные в данном разделе сведения в значительной степени основываются на материалах информационной компании «Ленг и Биссон» (14).

В таблице 8 показано, каким образом расширялся рынок частного страхования – в виде изменения процентной доли охваченного частным страхованием населения – в последние 30 лет. На раннем этапе система частного страхования развивалась низкими темпами: к концу 70-х годов ею было охвачено около 5% населения. Однако в 80-е годы этот сектор начал быстро набирать силу, причем главным образом за счет роста корпоративных схем. Пиковый показатель доли населения, охваченного частным страхованием, в 11,5% был достигнут в 1990 году. После этого расширение сектора прекратилось, что, возможно, было обусловлено совокупным действием факторов экономического спада и существенного повышения страховых взносов в реальном исчислении. В период 1991-1996 годов стоимость страховых взносов возрастала в среднем примерно на 5% в год. К 1996 году услугами частных страховых компаний пользовалось 6,4 млн. человек, что составило около 10,8% населения.

**Таблица 8. Лица, охваченные системой частного медицинского страхования, 1970–1996 годы (отдельные годы)**

Год	1970	1975	1980	1985	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996
	год	год	год	год	год	год	год	год	год	год	год
Доля населения в %	3,6	4,1	6,4	8,9	11,5	11,3	11,2	10,5	10,5	10,6	10,8

*Источник:* Laing and Buisson (1997) *Laing's Healthcare Market Review 1997–1998*, Laing and Buisson, London.  
 Примечание: Данные за 1970-1980 годы касаются трех основных обществ взаимного страхования – БУПА, ППП и ВПА. Данные за 1985 год и последующие годы взяты из ежегодного обзора информационной компании «Ленг и Биссон», посвященного деятельности частных медицинских страховых компаний. Они свидетельствуют о том, что в период с 1985 по 1993 год совокупные доли застрахованных примерно на 1 процентный пункт превышают доли застрахованных в обществах взаимного страхования.

Анализ социально-экономического статуса лиц, страхующихся в частных компаниях, свидетельствует о том, что такой вид страхования характерен преимущественно для лиц с высоким социально-экономическим статусом (см. таблицу 9). Помимо существенных различий между социально-экономическими группами данные таблицы 9 указывают также на резкое сокращение числа лиц, страхующихся в частных компаниях, в таких группах, как работодатели и менеджеры и инженерно-технические работники среднего и младшего звена в возрасте 65 лет и старше, по причине прекращения их страхования по месту работы. Общая картина в целом остается неизменной на протяжении последних десяти лет. Рост для лиц с более низким социально-экономическим статусом и лиц в возрасте 65 лет и старше являлся незначительным, и это несмотря на введение в действие в 1991 году налоговых льгот в области медицинского страхования для лиц старше 60 лет. В 1997 году правительство аннулировало эти льготы.

Частное медицинское страхование используется главным образом для того, чтобы покрыть расходы, связанные с оказанием интенсивной медицинской помощи. В 1996 году общая стоимость услуг, предоставленных в этой области негосударственным сектором, составила примерно 2,4 млрд. фунтов стерлингов.

Перспективы дальнейшего роста сектора частного медицинского страхования в Соединенном Королевстве неясны. С одной стороны, период ожидания получения факультативных услуг в Соединенном Королевстве является продолжительным по стан-

дартам сопоставимых стран. Возможно, это обусловит повышение спроса на частное страхование.

**Таблица 9. Лица, охваченные системой частного медицинского страхования, в разбивке по возрастным и социально-экономическим группам (в %), 1995 год**

Социально-экономическая группа	Возраст			все возрастные группы
	16–44	45–64	старше 65	
Специалисты	20	23	21	22
Работодатели и менеджеры	23	26	14	23
Инженерно-технические работники среднего и младшего звена	9	12	6	9
Квалифицированные рабочие и занятые на собственном предприятии лица, не входящие в группу специалистов	5	5	1	4
Рабочие средней квалификации и работники предприятий сферы бытовых услуг	3	3	1	2
Неквалифицированные рабочие	2	2	–	1
Все лица, охваченные системой частного медицинского страхования	10	12	5	10

Источник: Laing and Buisson (1997) *Laing's Healthcare Market Review 1997–1998*, Laing and Buisson, London.

Кроме того, рост уровней доходов в долгосрочном плане также может привести к повышению спроса на частные медицинские услуги, особенно если учесть сравнительно жесткие ограничения на финансирование ГСЗ вследствие предпринимаемых правительством попыток ограничить увеличение государственных расходов. С другой стороны, в 90-е годы не наблюдалось роста сектора частного страхования, и неблагоприятные краткосрочные перспективы развития экономики, как представляется, вряд ли создадут стимулы к тому, чтобы потребители тратили больше средств именно в этой области. Согласно опросам общественного мнения, люди не считают, что частные медицинские услуги «лучше», чем услуги ГСЗ (как, например, в случае с частным образованием); по их мнению, такие услуги можно получить «быстрее». Что же касается политического аспекта, то в отличие от прежнего правительства консерваторов нынешнее, лейбористское, правительство оказывает меньшую поддержку негосударственному сектору медицинских услуг.

## Расходы на здравоохранение

В таблице 10 приводятся совокупные расходы на здравоохранение в Соединенном Королевстве в отдельные годы, зафиксированные в базе данных ВОЗ «Здоровье для всех». В ней содержатся данные о расходах в текущих и неизменных ценах; расходах в текущих ценах на душу населения в пересчете на доллары США по паритетам покупательной способности; доле расходов на здравоохранение от ВВП; и доле государственных расходов в общих расходах. Как и следовало ожидать, все динамические ряды характеризуются общей повышательной тенденцией.

Доля расходов на здравоохранение от ВВП в период с 1970 по 1975 год возрастала весьма высокими темпами; затем, после начала мирового экономического спада и введения ограничений на государственные расходы в середине 70-х годов, во второй половине 70-х годов и в 80-е годы они существенно замедлились. В период с 1990 по

1992 год доля расходов на здравоохранение от ВВП вновь заметно возросла – с 6% до 6,9%, однако после этого на протяжении остального периода 90-х годов она не претерпевала никаких изменений.

**Таблица 10. Динамика расходов на здравоохранение, 1970–1997 годы**

Год	Стоимостной объем в текущих ценах (млн. ф. ст.)	Стоимостной объем в неизменных ценах 1990 г. (млн. ф. ст.)	Стоимостной объем в текущих ценах на душу населения (в долл. США по ППС)	Доля от ВВП (%)	Доля государственных расходов в общих расходах на здравоохранение (%)
1970	2 323	16 882	144	4,5	87,0
1975	5 784	24 488	271	5,5	91,1
1980	13 019	26 960	444	5,6	89,4
1985	20 859	30 143	669	5,9	85,8
1990	32 998	32 998	955	6,0	84,1
1991	37 202	34 395	1 021	6,5	83,7
1992	41 409	35 266	1 151	6,9	84,5
1993	43 372	34 887	1 165	6,9	84,8
1994	46 053	36 143	1 213	6,9	84,1
1995	48 469	37 169	1 234	6,9	84,4
1996	51 093	38 358	1 317	6,9	84,5
1997	52 300	–	1 347	6,7	84,5

Источник: База данных ВОЗ «Здоровье для всех» (23); данные ОЭСР по сектору здравоохранения, 1998 год (20).

В период с 1975 по 1990 год доля государственных расходов на здравоохранение в общих расходах сократилась с 91,1% до 84,1%. В 90-е же годы она оставалась практически неизменной ввиду стагнации рынка частных медицинских услуг.

Более детальный анализ государственных расходов на здравоохранение представлен в таблице 11.

Поскольку в расходах на здравоохранение в Соединенном Королевстве доминируют государственные расходы на ГСЗ и поскольку указанные государственные расходы жестко ограничены имеющимися денежными ресурсами, объемы финансирования ГСЗ являются предметом активных политических дебатов. В последние 20 лет особое внимание уделяется больничному сектору, что, по мнению многих аналитиков, объясняется отставанием финансирования от растущего спроса. В таблице 11 поясняется суть данного утверждения. Так, в период с 1981/1982 года по 1989/1990 год среднегодовые темпы прироста расходов на больничные услуги и коммунальное здравоохранение (то есть прирост расходуемых денежных средств с поправкой на общую инфляцию) в реальном исчислении составили в среднем около 1,7%. Если же эти темпы прироста скорректировать с учетом уровня ценовой инфляции в больничном секторе ГСЗ, то среднегодовые темпы прироста расходов составят менее 1%. Эти показатели существенно отличаются от неофициальных оценок, согласно которым для того, чтобы ГСЗ могла удовлетворять растущий спрос, обусловленный старением населения, внедрением новых медицинских технологий и повышенными ожиданиями со стороны общества, среднегодовые темпы прироста должны достигать 3%. По мнению многих аналитиков, именно растущая нехватка средств в 80-е годы (и политические дебаты вокруг этой проблемы) побудили Маргарет Тэтчер, являвшуюся в то время премьер-министром, провести соответствующее исследование, итогом которого явились реформы 1991 года.



**Таблица 11. Рост расходов на ГСЗ (в процентах по отношению к предыдущему году), 1980/1981–1996/1997 годы**

Год	ГСЗ (всего)	Расходы на больничные услуги и коммунальное здравоохранение	Охрана здоровья семьи
1980/1981	9,8	11,5	4,9
1981/1982	1,5	0,6	4,5
1982/1983	2,0	0,6	4,5
1983/1984	1,2	0,5	2,4
1984/1985	2,0	0,7	4,8
1985/1986	0,2	0,0	0,4
1986/1987	4,3	4,5	4,0
1987/1988	5,0	4,9	5,3
1988/1989	4,1	4,1	5,8
1989/1990	-0,4	0,1	-2,6
1990/1991	3,8	3,8	2,7
1991/1992	7,3	7,1	7,2
1992/1993	5,7	5,7	6,2
1993/1994	1,4	1,0	2,8
1994/1995	3,0	2,9	4,9
1995/1996	2,9	2,9	2,2
1996/1997	0,9	0,1	3,7

Источник: J. Dixon and A. Harrison (1997) Funding the NHS, A little local difficulty. BMJ 314:216–219, Table 1, p. 218.

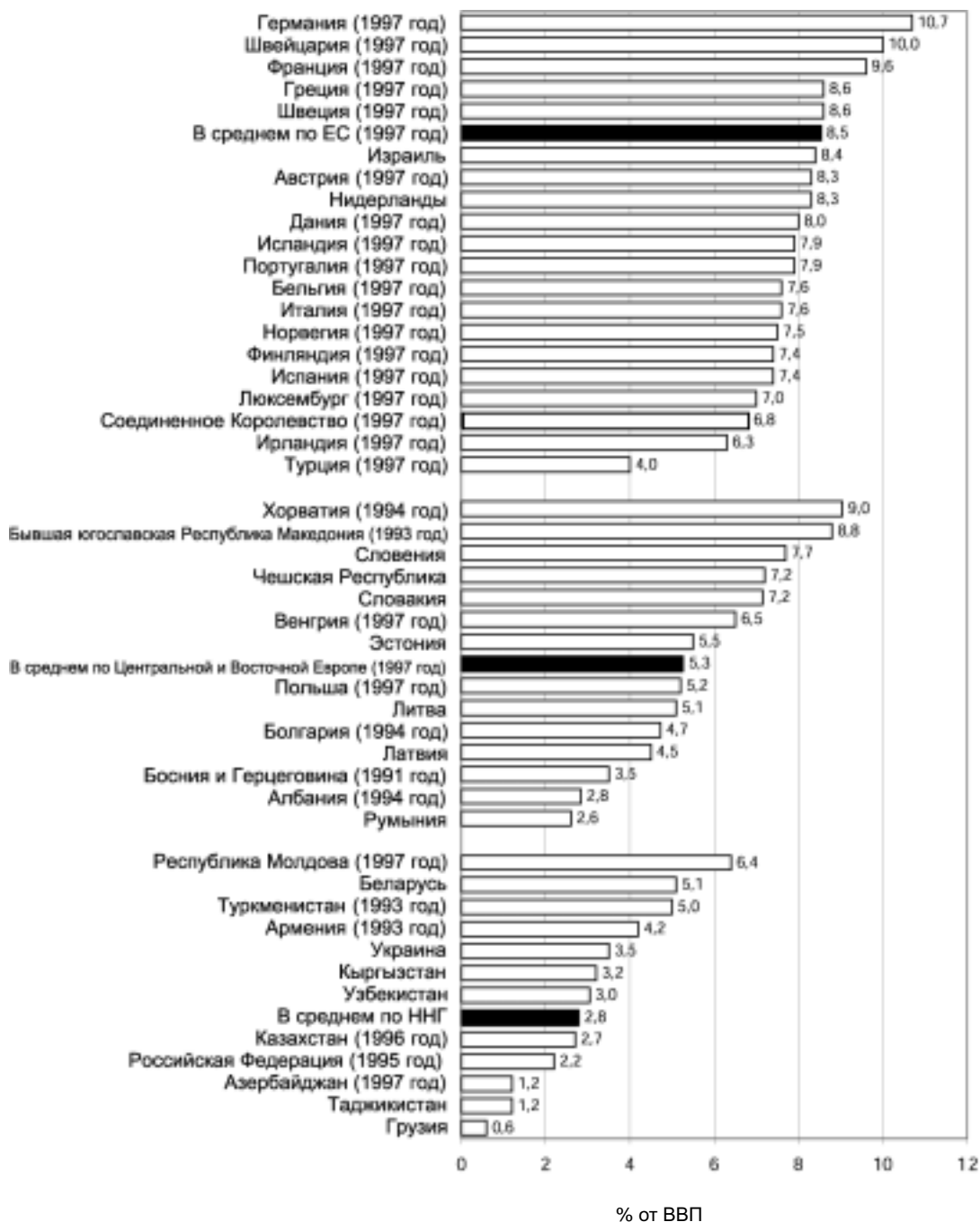
Примечание: Данные касаются текущих расходов на ГСЗ и отражают реальные темпы прироста, а именно увеличение объема расходуемых денежных средств с поправкой на общую ценовую инфляцию.

Ежегодные ассигнования на ГСЗ в целом и сектор больничных услуг в частности были значительно более щедрыми в период непосредственно до и сразу после реформ 1991 года, однако с 1993/1994 года их вновь стали урезать. В июле 1998 года, после проведения детального всеобъемлющего обзора расходов, новый государственный министр здравоохранения Фрэнк Добсон представил трехлетний план финансирования ГСЗ, в который на период 1999/2000–2001/2002 годов был заложен среднегодовой прирост в реальном исчислении примерно в 4,7%. Хотя в целом этот план и был принят с одобрением, вследствие «повышенной нагрузки» на сектор больничных услуг в зимний период 1998/1999 года в прессе вновь появились сообщения о «переживаемом ГСЗ кризисе».

В ходе дебатов по вопросу об адекватности расходов на ГСЗ нередко приводились данные о том, что доля расходов на здравоохранение от ВВП в Соединенном Королевстве меньше, чем в большинстве других сопоставимых стран. Как следует из диаграммы 6, на долю общих расходов на здравоохранение в Соединенном Королевстве приходится 6,8% ВВП, что действительно меньше среднего по Западной Европе показателя в 8,5%. По данному показателю среди 20 стран Соединенное Королевство занимает 18-е место.

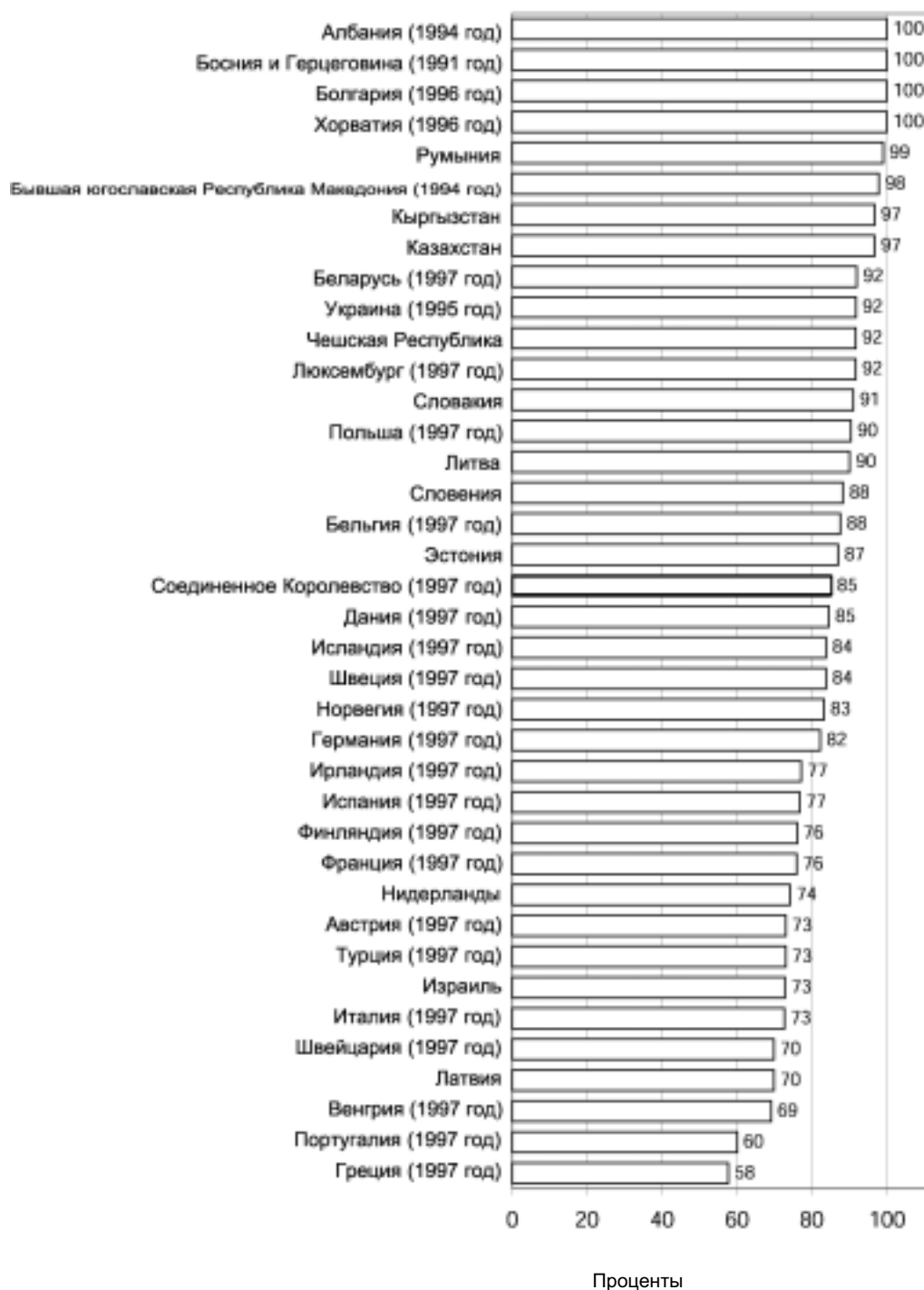
Диаграмма 7 представляет собой сопоставление данных о доле государственных расходов в совокупных расходах на здравоохранение в европейских странах – членам ВОЗ. Как следует из этих данных, доля государственных расходов в Соединенном Королевстве, составляющая 85%, является одной из самых высоких в Западной Европе. Именно этим объясняется тот факт, что низкая совокупная доля расходов на здравоохранение от ВВП в Соединенном Королевстве обусловлена небольшими расходами частного сектора в этой области.

**Диаграмма 6. Процентная доля общих расходов на здравоохранение от ВВП в странах европейского региона ВОЗ, 1998 год (или последний год, за который имеются данные)**



Источник: База данных Европейского регионального бюро ВОЗ «Здоровье для всех» (23).

**Диаграмма 7. Процентная доля расходов на здравоохранение из государственных источников от общих расходов на здравоохранение в странах европейского региона ВОЗ, 1998 год (или последний год, за который имеются данные)**

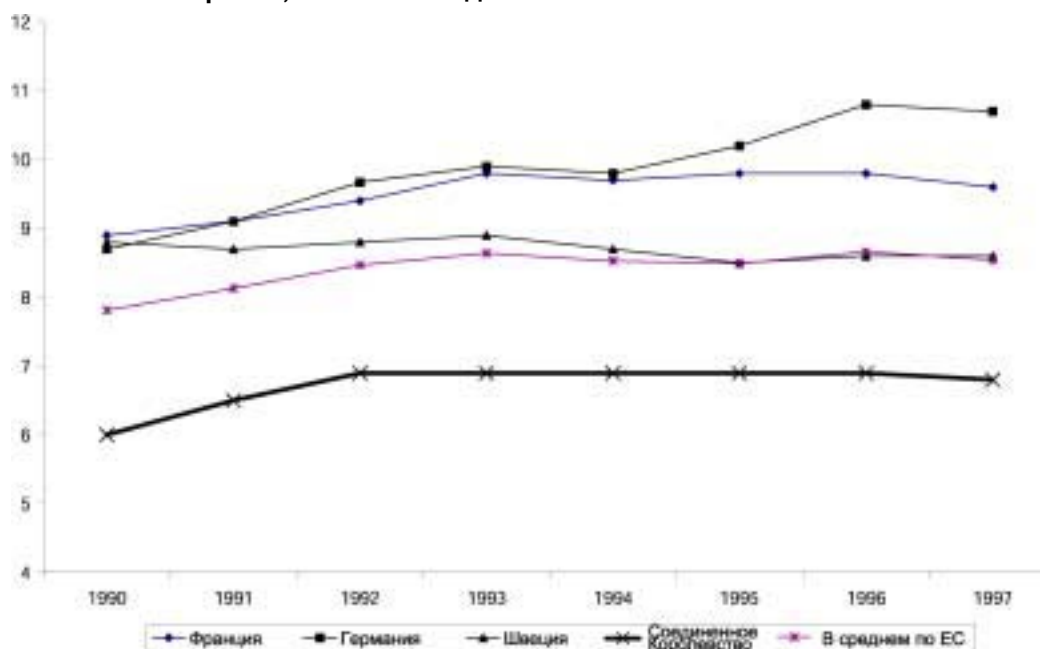


Источник: База данных Европейского регионального бюро ВОЗ «Здоровье для всех» (23).

Данные диаграммы 8 характеризуют динамику изменения доли расходов на здравоохранение от ВВП в отдельных странах в период 1970–1995 годов. Из них следует, что со временем указанный показатель в Соединенном Королевстве возростал, хотя и оставался ниже, чем в других странах, указанных в диаграмме.

Определенное представление о фактических уровнях расходов на здравоохранение в различных странах можно составить на основании данных диаграммы 9. Они характеризуют расходы на здравоохранение на душу населения в пересчете на доллары США по паритетам покупательной способности. Из них следует, что уровень расходов в Соединенном Королевстве, составляющий 1391 долл. США, значительно ниже, чем в Германии (2364 долл. США), Франции (2047 долл. США) и в среднем по ЕС (1771 долл. США), но лишь незначительно ниже, чем в Италии (1613 долл. США), Швеции (1762 долл. США) и Финляндии (1525 долл. США).

**Диаграмма 8. Динамика изменения доли общих расходов на здравоохранение в процентах от ВВП в Соединенном Королевстве и отдельных странах, 1990–1997 годы**

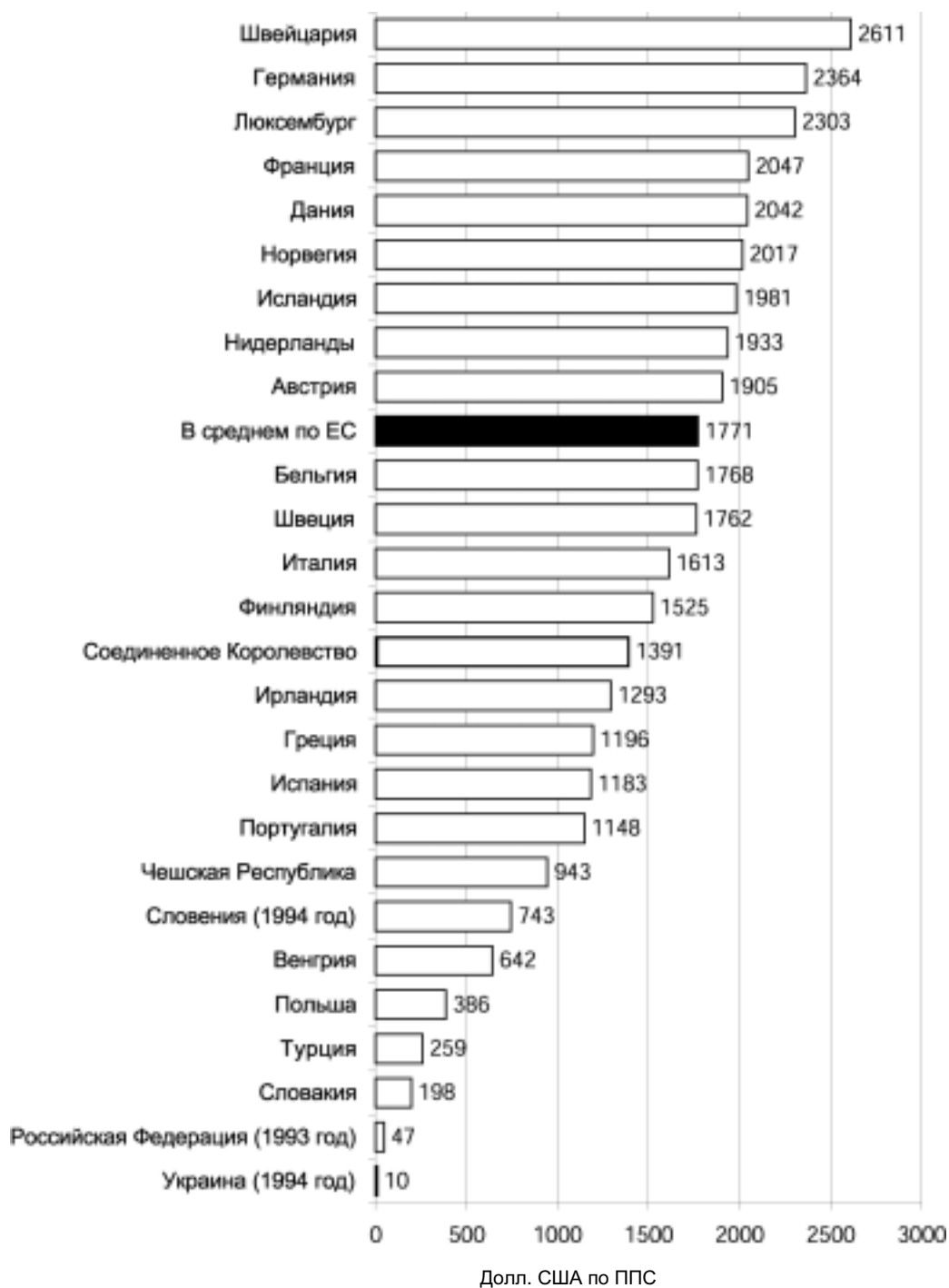


Источник: База данных Европейского регионального бюро ВОЗ «Здоровье для всех» (23).

### Структура расходов на здравоохранение

В таблице 12 приводятся данные по ряду основных категорий расходов на здравоохранение в Соединенном Королевстве в виде доли от общих расходов в период 1970–1997 годов. Они свидетельствуют о том, что расходы на стационарное больничное лечение, составлявшие более 50% всех расходов в 1980 году, сократились до 42% в 1995 году. Расходы на фармацевтические препараты имеют долговременную повышательную тенденцию, и к 1997 году они достигли 17,3% от общих расходов на здравоохранение. Другой заметной тенденцией является наблюдающееся на протяжении длительного периода времени сокращение доли государственных инвестиций в общем объеме расходов и несколько меньшее сокращение совокупных инвестиций в период после 1990 года.

**Диаграмма 9. Общие расходы на здравоохранение на душу населения в пересчете на доллары США по паритетам покупательной способности в странах европейского региона ВОЗ, 1997 год (или последний год, за который имеются данные)**



Источник: База данных Европейского регионального бюро ВОЗ «Здоровье для всех» (23).

**Таблица 12. Расходы на здравоохранение в разбивке по категориям (процентная доля от общих расходов на здравоохранение), 1970–1997 годы**

Год	Стационарное боль- ничное лечение	Фармацевтиче- ские препараты	Совокупные инвестиции	Государственные инвестиции
1970	–	12,5	6,9	6,6
1975	–	11,2	6,8	6,3
1980	53,5	12,8	5,5	4,7
1985	–	14,1	6,1	4,8
1990	43,9	13,8	6,7	5,1
1991	44,6	14,0	6,1	4,4
1992	43,3	14,5	5,7	3,9
1993	42,8	15,3	4,9	2,3
1994	42,2	15,3	5,0	1,0
1995	42,2	15,9	–	0,7
1996	–	16,5	–	–
1997	–	17,3	–	–

Источник: OECD health data 1998 (20).

## Система медицинского обслуживания

### Первичная медико-санитарная помощь и система общественного здравоохранения

#### Первичная медико-санитарная помощь

**В** Соединенном Королевстве существует хорошо разработанная система универсальной первичной медико-санитарной помощи, оказываемой врачами общей практики (ВОП) и ассоциированным персоналом (например, участковыми медицинскими сестрами и общинными медицинскими сестрами), которые входят в государственную службу здравоохранения (ГСЗ).

#### Врачи общей практики (ВОП)

Свыше 99% населения зарегистрировано у ВОП, доступ к которым открыт круглые сутки и которые оказывают целый ряд профилактических, диагностических и лечебных первичных медико-санитарных услуг (лица, не зарегистрированные у ВОП, – это обычно бездомные или временно проживающие лица). Примерно 90% контактов пациентов с ГСЗ осуществляется через ВОП. Пациенты могут сами выбирать ВОП, хотя их выбор ограничивается определенной территорией. Случаи смены пациентами своих ВОП по каким-либо причинам помимо изменения постоянного места жительства достаточно редки. У большинства людей существуют давно устоявшиеся отношения со своими ВОП.

ВОП дают пациентам и направления к специалистам в больницу. Такая посредническая функция ВОП является важным элементом ГСЗ. В отличие от многих других стран пациенты ГСЗ не имеют прямого доступа к специалистам, за исключением особых обстоятельств, например посещение больничных травмопунктов и отделений неотложной помощи. Проведенные недавно реформы преследовали цель предоставить пациентам большую свободу выбора в связи с направлением в больницу, однако вряд ли можно делать вывод о том, что это привело, например, к более активному выбору специалистов.

По состоянию на 1 октября 1998 года насчитывалось 27 392 врача общей практики, которые работали на 8994 участках в Англии. Соответственно, на 1 участок в среднем приходится 3 ВОП. Со временем средний размер участка увеличился, и сей-

час более чем на 63% участков работают четыре или более врачей. В настоящее время менее чем на 10% участков работает только один врач, в то время как в 1952 году этот показатель составлял 50%. По состоянию на 1 октября 1998 года в среднем на одного врача общей практики приходилось 1866 пациентов. За последние 10 лет эта цифра сократилась на 7%. В среднем один ВОП дает 10 000 консультаций в год. Количество консультаций в расчете на одного ВОП возросло в течение последних 10 лет примерно теми же темпами, которыми сокращалось число пациентов в расчете на одного врача.

Со времени создания ГСЗ в 1948 году ВОП являются самостоятельно занятыми специалистами, которые оказывают ГСЗ услуги по контрактам. Такой независимый статус подрядчика обеспечивает ВОП существенную самостоятельность. Условия контрактов ВОП с ГСЗ устанавливаются в ходе переговоров на национальном уровне между представителями врачей и правительством. Последняя версия такого контракта (1990 год) предусматривала ряд серьезных изменений. Она преследовала цель расширить имеющийся у пациентов выбор, поставив перед участками требование предоставлять больше информации об оказываемых ими услугах; более четко сформулировать условия предоставления услуг; и более тесно увязать оплату с качеством обслуживания. (Такая связанная с качеством работы оплата более подробно обсуждается в разделе «Оплата услуг медицинского персонала»).

Центральный комитет по медицинской практике несет ответственность за наблюдение и контроль за распределением участков ВОП в стране. Любой новый участок может быть создан в районе, который определяется комитетом как «открытый»; и наоборот, в районах, в которых, как считается, слишком много врачей, и поэтому они определяются как «закрытые», новые участки могут создаваться лишь в исключительных обстоятельствах.

### **Участковые медицинские сестры, патронажные сестры и общинные медицинские сестры**

В оказании первичной медико-санитарной помощи участвуют и другие различные медицинские специалисты, а именно: участковые медицинские сестры, районные медицинские сестры, акушерки и патронажные сестры.

Участковые медицинские сестры обычно являются дипломированными медицинскими сестрами общего профиля, которых ВОП нанимают для работы на участках. Они выполняют целый ряд задач, включая оказание помощи хроническим больным, пропаганду здорового образа жизни, иммунизацию и контроль за состоянием здоровья пожилых людей. За последние десять лет число участковых медицинских сестер, нанятых ВОП, возросло почти в 4 раза, и к октябрю 1998 года их численность в пересчете на работу в течение полного рабочего дня в ГСЗ составила 10 538 человек.

Кроме того, имеются общинные медицинские сестры, которые официально наняты общинными больничными трастами, хотя зачастую они прикреплены к ВОП и работают вместе с ними и другими специалистами в сфере оказания первичной медико-санитарной помощи. Сюда входят районные медицинские сестры, акушерки, патронажные сестры, специалисты по уходу за ногами и различные терапевты (например, психотерапевты, терапевты – специалисты по профессиональным заболеваниям).



Районные медицинские сестры – это дипломированные медицинские сестры общего профиля, которые оказывают квалифицированную медицинскую помощь пациентам на дому. В Англии примерно 10 000 районных медицинских сестер.

Акушерки – это дипломированные медицинские сестры общего профиля, которые прошли дополнительную подготовку с уделением особого внимания охране здоровья женщин во время беременности и родов. Работая в общинах, они оказывают услуги беременным женщинам и несут ответственность за мать и ребенка в течение 28 дней после родов. В Англии примерно 5 000 акушерок.

Патронажные сестры – это дипломированные медицинские сестры общего профиля, которые закончили курсы повышения квалификации. Их основная задача состоит в посещении семей с младенцами и маленькими детьми на дому. Они дают консультации и, как правило, занимаются вопросами профилактики заболеваний и пропаганды здорового образа жизни. В Англии примерно 12 600 патронажных сестер.

В последние годы все больше внимания уделялось созданию групп первичной медико-санитарной помощи, в состав которых входят ВОП и соответствующий средний медицинский персонал. Хотя в некоторых районах такие группы работают эффективно, во многих местах их работу затрудняют проблемы, связанные с совместной работой и разделением управленческих обязанностей между ВОП и общинными трастами.

### **Частная первичная медико-санитарная помощь**

В Соединенном Королевстве первичная медико-санитарная помощь, финансируемая из частных источников, весьма ограничена. Ряд проводившихся опросов пациентов показал, что уровень услуг, предоставляемых ВОП в рамках ГСЗ, вполне удовлетворителен, так что частная практика в основном имеет место в тех случаях, когда в ГСЗ есть какие-то недостатки, как, например, длительные сроки ожидания хирургических операций, проводимых по желанию пациента, в больницах. Последним нововведением стало создание частных центров первичной медико-санитарной помощи, расположенных на некоторых железнодорожных станциях вдоль основных магистралей в Лондоне и предоставляющих немедленные консультации за стандартную плату в размере 35 фунтов стерлингов. Они призваны удовлетворять потребности занятых работающих людей, которым сложно прийти на прием к ВОП в обычном порядке, однако пока такая практика носит весьма ограниченные масштабы.

### **Фармацевтическое обслуживание**

Фармацевтическое обслуживание осуществляется главным образом общинными фармацевтами, которые предоставляют лекарства и медицинские принадлежности по рецептам ВОП. В 1997/1998 году было 10 503 аптеки, работавших по контрактам, и их число оставалось достаточно постоянным на протяжении последних 10 лет. С другой стороны, количество выписанных рецептов возросло за последние 10 лет на 38% и составило в 1997/1998 году 505,8 миллиона. Рост расходов на фармацевтическую продукцию является серьезным источником беспокойства для правительства. В на-

стоящее время расходы устанавливаются в пределах бюджета с ограниченным объемом наличных средств.

Текущие планы правительства также призваны повысить роль общинных фармацевтов и обеспечить более эффективное использование их навыков. Для этого был организован ряд экспериментальных проектов, как, например, проекты, предусматривающие широкое консультирование фармацевтами пациентов по проблемам, связанным с медицинскими препаратами. Закон о ГСЗ (первичная медико-санитарная помощь) 1997 года также предоставляет органам здравоохранения большую гибкость в деле оказания дополнительного фармацевтического обслуживания. В ближайшем будущем министерство здравоохранения опубликует стратегию развития общинной фармации.

### **Стоматологическое обслуживание**

Стоматологическое обслуживание осуществляется в рамках ГСЗ независимыми общепрактикующими стоматологами, которые заключают соглашения об обслуживании со своими местными органами здравоохранения. За 10 лет – с 1988/1989 по 1998/1999 год – число стоматологов, включенных в списки органов здравоохранения, возросло на 14,4% и составило в 1998/1999 году 17 245 человек. Однако число курсов стоматологического лечения взрослых в рамках ГСЗ возросло за тот же период менее чем на 9%, в результате чего число курсов такого лечения в расчете на одного стоматолога несколько сократилось. В этот же период число курсов частного стоматологического лечения, осуществляемого большей частью теми же самыми независимыми практикующими стоматологами, значительно возросло. В некоторых районах пациентам трудно добиться обслуживания, финансируемого в рамках ГСЗ, и им приходится обращаться к частным врачам. В разделе «Дополнительные источники финансирования» говорится о том, как в настоящее время расходуется на частное стоматологическое обслуживание порядка 500 миллионов фунтов стерлингов в год.

Собственные планы правительства, связанные со стоматологическим обслуживанием, направлены на сокращение диспропорций в системе стоматологического обслуживания и преодоление трудностей, связанных с получением помощи в рамках ГСЗ.

### **Реформа системы первичной медико-санитарной помощи**

В последние 10 лет все большее внимание в политике уделялось первичной медико-санитарной помощи в рамках ГСЗ. Настоящий импульс этот процесс получил после опубликования в 1987 году «Белой книги» под названием «Крепить здоровье». В этой «Белой книге» был предусмотрен ряд мер, призванных сделать общее медицинское обслуживание более восприимчивым к рыночным силам. За этим последовало принятие новой формы контракта в 1990 году, а также различные организационные реформы, затрагивающие систему распоряжения средствами ВОП и его виды, о чем уже говорилось в разделе, посвященном организационной структуре и управлению.

Еще одним важным событием в развитии системы первичной медико-санитарной помощи стала публикация в октябре 1994 года циркулярного письма ГСЗ «Развитие

системы приобретения услуг и распоряжения средствами ВОП в рамках ГСЗ». У этого документа имелся подзаголовок «На пути к ГСЗ, ориентированной на первичную медико-санитарную помощь». Большая часть перемен, ставших результатом изложенной в циркулярном письме стратегии, была связана с приобретением услуг в системе первичного медико-санитарного обслуживания, однако значительное внимание было также уделено расширению и совершенствованию первичной медико-санитарной помощи. Благодаря этому в рамках этой системы получили развитие многие новые виды услуг (например, значительное расширение консультирования в области первичной медико-санитарной помощи), а часть услуг была переведена из системы вторичной помощи в систему первичного медико-санитарного обслуживания (например, специализированные амбулаторные клиники при учреждениях, оказывающих первичную медико-санитарную помощь). Закон о ГСЗ (первичная медико-санитарная помощь) 1997 года также привел к разработке ряда экспериментальных проектов в стране, призванных дополнительно расширить формы и масштабы первичной медико-санитарной помощи.

В текущих реформах нового правительства, которые обсуждаются в разделе, посвященном организационной структуре и управлению, также основное внимание уделено ГСЗ, ориентированной на первичную медико-санитарную помощь. В апреле 1999 года была создана 481 группа первичной медико-санитарной помощи, которые охватывали все участки в пределах одного района. Это преследует цель повысить качество первичной медико-санитарной помощи и дать ВОП и другим специалистам в области оказания такой помощи возможность влиять на характер вторичной медицинской помощи, оказываемой их пациентам.

На диаграмме 10 приводятся некоторые сравнительные данные по количеству амбулаторных контактов в расчете на одного пациента в год в европейском регионе ВОЗ. Из нее видно, что при 5,9 консультациях в расчете на одного пациента в 1996 году Соединенное Королевство занимает среднее положение по этому показателю среди стран Западной Европы. Среднее количество контактов с пациентами в странах Западной Европы, показанное на диаграмме 10, составляет 5,7.

## **Система общественного здравоохранения**

Ответственность за развитие и функционирование системы общественного здравоохранения в Соединенном Королевстве совместно несут ряд различных органов в рамках министерства здравоохранения и ГСЗ.

## **Центральные органы власти**

Нынешнее правительство было первым, которое назначило министра, отвечающего за общественное здравоохранение. Министр обладает широкими полномочиями, распространяющимися на несколько правительственных министерств, а также конкретными обязанностями, связанными с политикой в отношении, например, табака и продовольственной безопасности. В настоящее время основной обязанностью министра является руководство разработкой и осуществлением стратегии в области здравоохранения, изложенной в документе «Спасая жизни: крепить здоровье нации».

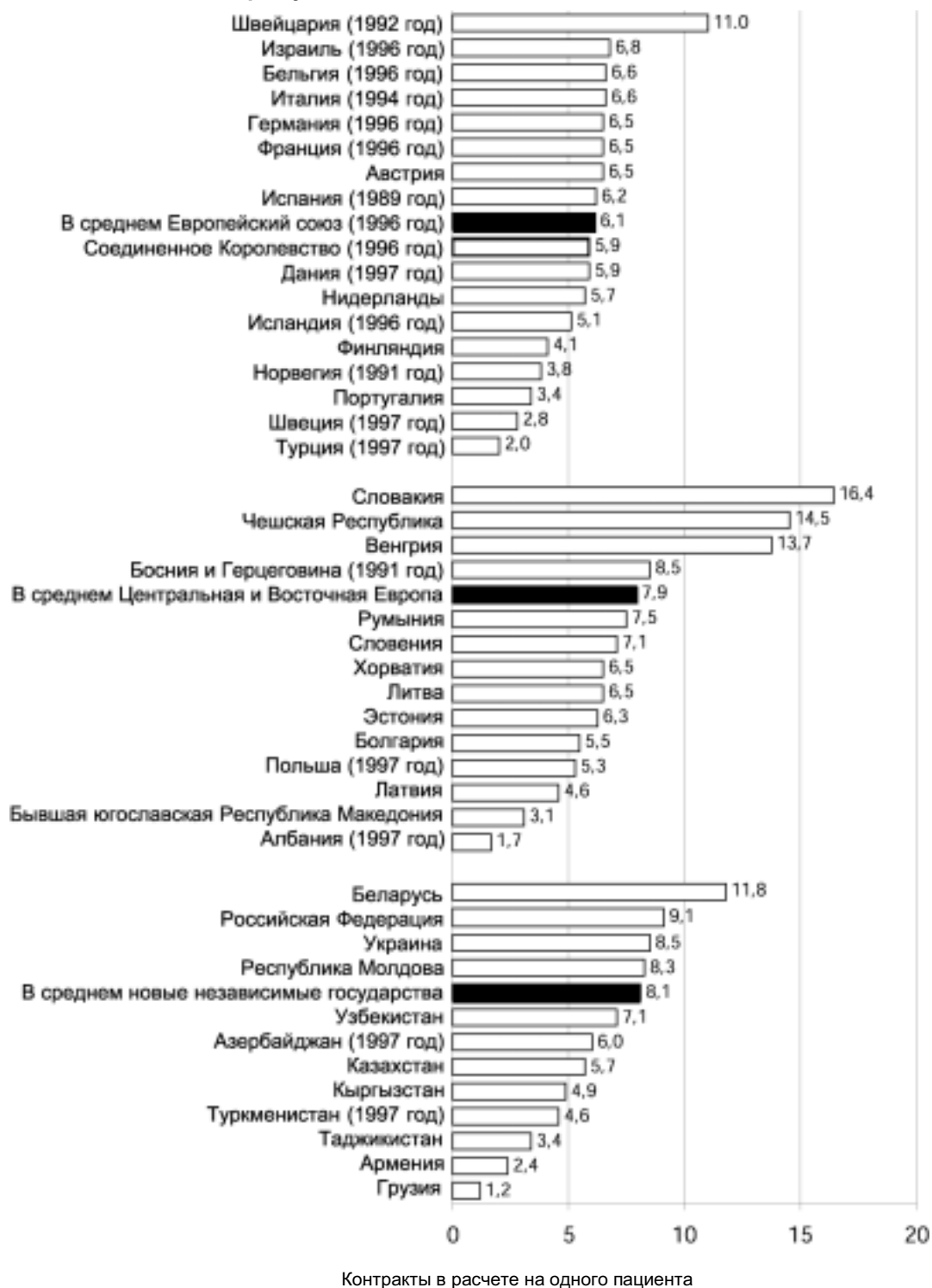
Также на уровне центральных органов власти Главный медицинский эксперт в министерстве здравоохранения осуществляет независимое медицинское консультирование по вопросам общественного здравоохранения в рамках всего министерства. В ежегодном докладе Главного медицинского эксперта говорится о состоянии общественного здравоохранения в Англии и определяются области, в которых необходимо улучшить положение.

### **Органы здравоохранения**

Органы здравоохранения несут основную ответственность за осуществление стратегии в области здравоохранения, ориентированной на нужды населения, в рамках, устанавливаемых Министерством здравоохранения.

В каждом органе здравоохранения имеется департамент общественного здравоохранения, возглавляемый директором с медицинским образованием, который является исполнительным членом совета. Директор департамента общественного здравоохранения должен готовить ежегодный доклад, в котором на основании документов излагается ситуация с состоянием здоровья местного населения и стратегии по его укреплению. В рамках департамента особую ответственность в деле контроля за инфекционными заболеваниями несет консультант по вопросам общественного здравоохранения. В 90-е годы департаменты общественного здравоохранения играли все более важную роль в разработке местных стратегий в области здравоохранения и проведении оценок потребностей в этой области, которые служили основой для стратегии органов здравоохранения в сфере приобретения услуг. В большинстве органов здравоохранения имеется департамент по пропаганде здорового образа жизни, который зачастую входит в состав департамента общественного здравоохранения.

**Диаграмма 10. Амбулаторные контакты в расчете на одного пациента в год в европейском регионе ВОЗ, 1998 или самый последний год, по которому имеются данные**



Источник: База данных Европейского регионального бюро ВОЗ «Здоровье для всех» (23).

## **Врачи общей практики**

ВОП традиционно удовлетворяли индивидуальные потребности пациентов и не занимали особого места в программах в области здравоохранения, ориентированных на нужды населения. Однако утверждение в 1990 году новой формы контракта преследовало цель повысить роль ВОП и других специалистов по оказанию первичной медико-санитарной помощи в сфере общественного здравоохранения с помощью ряда финансовых стимулов для достижения поставленных задач в области иммунизации и выявления заболеваний. Впоследствии были внедрены системы оплаты на основе качества работы для программ в области пропаганды здорового образа жизни и лечения хронических заболеваний. Эти программы предусматривают регистрацию, сбор данных и консультирование. Они включают ведение реестров пациентов, страдающих гипертонией, коронарной болезнью сердца и перенесших инсульт; ведение реестров курящих пациентов; контроль за питанием и физической деятельностью; проведение ежегодных медосмотров людей в возрасте старше 75 лет; и проведение обследований в целях диагностики рака шейки матки и молочных желез.

Несмотря на расширение деятельности в области общественного здравоохранения в учреждениях по оказанию первичной медико-санитарной помощи сохраняется обеспокоенность по поводу способности ВОП эффективно осуществлять функции в этой области. И это приобретает особое значение ввиду передачи практикующим врачам более широких полномочий по распределению ресурсов в рамках деятельности по созданию ГСЗ, ориентированной на первичную медико-санитарную помощь.

## **Новые подходы к общественному здравоохранению**

В выпущенной в 1992 году «Белой книге» под названием «Здоровье нации» впервые была изложена национальная стратегия в области общественного здравоохранения для Англии. В ней были поставлены первоочередные задачи и определены количественные показатели в целях сокращения уровня смертности в пяти ключевых областях: сердечные заболевания и инсульты, рак, психические заболевания, сексуальное здоровье и несчастные случаи. Хотя это был важный шаг вперед, изложенный в «Белой книге» подход широко критиковался из-за того, что слишком много внимания было уделено поведению отдельных лиц как основной причине плохого состояния здоровья и при этом игнорировались важные социальные факторы, предопределяющие плохое состояние здоровья, в частности неравенство и нищета.

Подход правительства к проблеме общественного здравоохранения был изложен в «Зеленой книге» «Крепить здоровье нации», которая была опубликована в феврале 1998 года. После активных консультаций с общественностью в июле 1999 года в «Белой книге», озаглавленной «Спасая жизни: крепить здоровье нации», была опубликована новая стратегия в области здравоохранения.

Провозглашенная правительством цель заключается в поиске «третьего пути между существовавшими ранее крайностями, заключающимися, с одной стороны, в обвинении самих жертв, а с другой – в создании социальной системы, в которой государство играет роль няньки». Важной чертой нового подхода является уделение особого внимания улучшению состоянию здоровья наиболее уязвимых слоев общества и устранению сохраняющихся недостатков в области здравоохранения. Ключевым элемен-

том нового подхода являются также партнерские отношения между центральными органами власти, местными органами здравоохранения, местными органами власти, благотворительными организациями и предпринимательским сектором. Этот подход будет претворяться в жизнь с помощью программ модернизации системы здравоохранения, которые будут разрабатываться всеми органами здравоохранения в сотрудничестве с их местными партнерами. Кроме того, для принятия особых мер было определено 26 специально выделенных зон повышенного внимания, расположенных в районах, особо неблагоприятных с социальной и экономической точек зрения. В этих зонах осуществляется централизованное финансирование и прилагаются усилия для улучшения ситуации в области здравоохранения путем принятия самых различных программных мер, предусматривающих участие местных партнеров в деятельности, связанной, *помимо прочего*, со здравоохранением, жильем и занятостью.

На диаграмме 11 сопоставляются ситуации в различных странах на основе одного конкретного показателя общественного здравоохранения – уровня иммунизации от кори. Из диаграммы видно, что в Соединенном Королевстве уровень иммунизации – 91% – несколько выше среднего уровня в западноевропейских странах европейского региона ВОЗ. С 1995 года обеспокоенность родителей по поводу вакцины КСК (корь/свинка/краснуха) привела к снижению уровня иммунизации, а последние данные, опубликованные министерством здравоохранения (1998/1999 год), показывают, что этот уровень среди детей в возрасте двух лет сократился до 88,3%. Уровень иммунизации от других болезней, таких как дифтерия, столбняк, коклюш и полиомиелит, также высок в Соединенном Королевстве и составляет порядка 93%. Ответственность за проведение иммунизации лежит на ВОП, которые получают целевые выплаты для обеспечения определенных уровней иммунизации среди приписанных к ним пациентов.

Ответственность за борьбу с инфекционными заболеваниями лежит на департаментах общественного здравоохранения в каждом органе здравоохранения. В большинстве из них имеется консультант, который отвечает за борьбу с инфекционными заболеваниями и который принимает меры в случае вспышек таких заболеваний, как менингит или Э. коли.

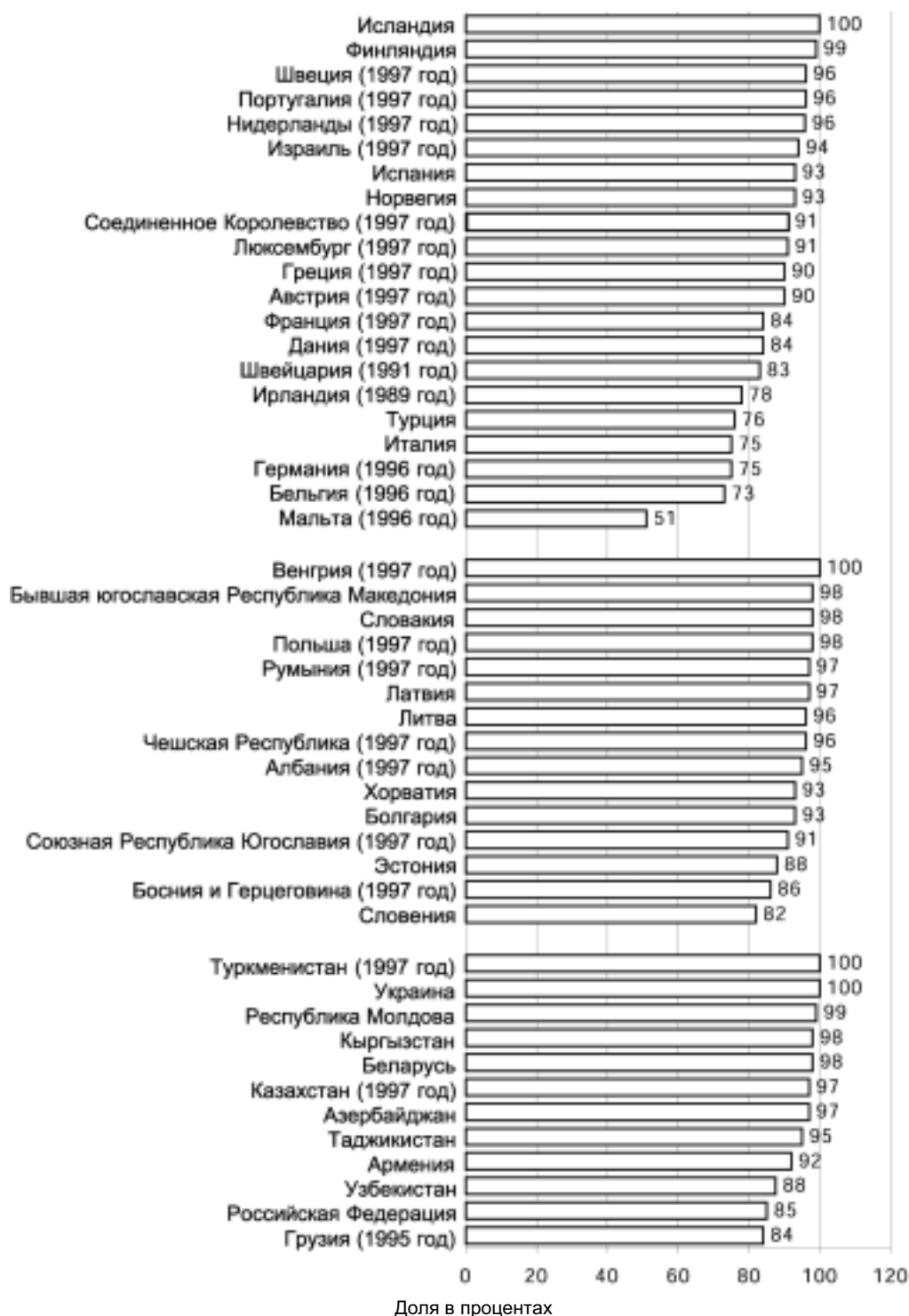
## **Вторичная и третичная помощь**

Больничная система ГСЗ представляет собой иерархическую структуру, состоящую из трех уровней. В средний уровень входят районные больницы общего профиля.

### **Районные больницы общего профиля**

Районные больницы общего профиля (РБОП) являются основой системы. Впервые они были созданы в 60-е годы, с тем чтобы обеспечить самый полный охват обслуживанием групп населения численностью от 150 000 до 200 000 человек. Несмотря на ряд изменений в организации модель РБОП остается сегодня основой больничного обслуживания в ГСЗ.

Диаграмма 11. Уровни иммунизации от кори в европейском регионе ВОЗ, 1997 или самый последний год, по которому имеются данные



Источник: База данных Европейского регионального бюро ВОЗ «Здоровье для всех» (23).



РБОП существенно различаются по диапазону оказываемых ими услуг – в 1991/1992 году существовало, например, более 200 больниц, которые работали в 300 или более из 500 медицинских групп, используемых для классификации больничной деятельности. В основе концепции РБОП лежит тот факт, что оказание ряда различных услуг в одном месте дает преимущества как с точки зрения повышения качества, так и с точки зрения снижения затрат. Однако в масштабах их деятельности наблюдались существенные различия: самые большие оказывали в течение года помощь в 100 000 случаев, в то время как у самых маленьких этот показатель составлял только примерно 10 000.

Поскольку система РБОП была разработана как плановая, распределение больниц таково, что на всей территории страны имеется, как правило, хороший доступ к обслуживанию. Однако это не означает, что доступ везде одинаков. От системы распределения больниц, существовавшей до 1948 года, осталось наследство в виде существенных различий между разными регионами с точки зрения качества и количества предоставляемых услуг. Некоторые элементы этого наследия сохраняются и сегодня, как, например, высокая концентрация учебных больниц в Лондоне.

Необходимо также проделать большую работу в сфере эксплуатации и ремонта, с тем чтобы довести отдельные элементы этой системы до приемлемого уровня. В рамках программы улучшения состояния больниц, входящих в ГСЗ, и прежнее правительство, и нынешнее осуществляли инициативу в области частного финансирования (ИЧФ). Это программа партнерства, призванная поощрять частные инвестиции в государственный сектор. В начале 1998 года планировалось осуществление 15 проектов на общую сумму 1,2 миллиарда фунтов стерлингов. В апреле 1998 года было объявлено 10 дополнительных проектов, в результате чего их общая стоимость достигла 2,3 миллиарда фунтов стерлингов.

Больничная деятельность в типичной РБОП организационно осуществляется специализированными отделениями, в которых работают группы консультантов (то есть старших специалистов) и их группы младших врачей (аналогичная организационная структура существует в больницах по оказанию третичной помощи). Специалисты и их помощники отвечают за работу амбулаторных клиник при РБОП, где они принимают пациентов, направляемых к ним ВОП, и осуществляют стационарное лечение. Врачи и медицинские сестры, работающие в больницах ГСЗ, получают фиксированные оклады (подробности систем оплаты труда врачей и медицинских сестер обсуждаются в разделе, посвященном распределению *финансовых ресурсов*).

### **Региональная и надрегиональная специализация**

Выше РБОП в иерархической структуре находятся больницы третьего уровня, которые в дополнение ко вторичной помощи оказывают высокоспециализированные услуги. Эти услуги обычно включают нейрохирургию, операции по пересадке сердца и печени, лечение почечных болезней и некоторые виды лечения рака. Эти услуги зачастую предоставляются учебными больницами, и это может осуществляться на региональном или надрегиональном уровне. Обычно пациентов в эти больницы направляют врачи-специалисты районного уровня, когда становится ясно, что необходимо высокоспециализированное лечение.

## Небольшие общинные больницы

На другом конце диапазона находятся небольшие общинные больницы. Они могут иметь до 200 коек, однако обычно у них до 50 коек, часть из которых предоставляется ВОП для непосредственного лечения их пациентов. Оснащение различных больниц разное, однако чаще всего они располагают рядом диагностических средств, операционными, отделениями для лечения легких травм, а иногда и дневными стационарами.

В последние годы развитие общинных больниц не отличалось однообразием. Общая тенденция к концентрации услуг в более крупных учреждениях по соображениям рентабельности и качества привела к снижению количества таких больниц. В период с 1980 по 1990 год число больниц с менее чем 50 койками сократилось примерно с 600 до немногим более 400. Однако в результате того, что в 90-е годы акцент делался на лечение в учреждениях по оказанию первичной помощи и в общинных больницах, небольшие общинные больницы стали вновь получать поддержку. Некоторые из тех ВОП, которые сами распоряжаются своими средствами, как, например, экспериментальные отделения с полной оплатой оказываемых услуг, стремились создать свои общинные больницы в качестве альтернативы дорогому и не всегда необходимому интенсивному больничному уходу, в частности в случае пожилых людей.

## Заккрытие больниц

Проводимая на протяжении ряда лет политика правительства привела к закрытию многих больниц и к сокращению числа койко-мест в больницах. В 1993 году, например, было менее 2000 больниц всех видов по сравнению примерно с 3000 в 1960 году. В период с 1990 по 1994 год в Англии было закрыто 245 больниц. Это привело к постоянному сокращению числа койко-мест в больницах. В последние 10 лет, например, в Англии каждый год сокращалось более 10 000 койко-мест.

У этого явления есть несколько причин. Многие из них связаны с закрытием психиатрических лечебниц, рассчитанных на длительные сроки пребывания, поскольку в лечении людей, страдающих психическими заболеваниями, произошел сдвиг в сторону оказания помощи в общинах. В то же время тенденция к проведению хирургических операций в амбулаторных условиях, а не в стационаре, привела к сокращению числа койко-мест, необходимых для данного вида больничной деятельности. Произошло аналогичное сокращение и спроса на койко-места в больницах, поскольку благодаря новым лекарствам и другим технологиям появилась возможность лечить людей на дому, а не в стационарах. Новые технологии позволяют также сократить срок пребывания и, соответственно, приводят к повышению эффективности использования больничных коек. Так, в период с 1991 по 1997 год количество случаев оказания общей и интенсивной медицинской помощи возросло с 7,5 миллиона до 9,6 миллиона, несмотря на существенное сокращение числа койко-мест.

Однако, несмотря на эти тенденции, нынешнее правительство полагает, что процесс сокращений, возможно, зашел слишком далеко. Министры сейчас говорят о чрезмерном сокращении приемных возможностей больниц и обусловленном этим недостаточном уровне резервных мощностей для обслуживания в периоды максимального увеличения спроса, как, например, в результате зимних вспышек заболеваний гриппом. В этой связи ряд экспертов отмечали низкий уровень обеспеченности койко-

местами в Соединенном Королевстве, если судить по международным стандартам (см. ниже).

В последние годы наблюдалась также тенденция к слиянию больниц, поскольку полагали, что объединенные учреждения позволят добиться экономии, обусловленной эффектом масштаба. Так, например, 1 апреля 1999 года произошло 22 слияния (54 траста в 27). Эта тенденция сохраняется, несмотря на то что материалы некоторых исследований ставят под сомнение факт достижения реальной экономии благодаря созданию более крупных больниц.

Что касается количества койко-мест, то здесь трудности, с которыми столкнулись многие больницы в результате увеличения поступления больных зимой 1998/1999 года, вынудили нынешнего министра здравоохранения Фрэнка Добсона объявить о создании группы по изучению ситуации с наличием койко-мест в стране. Он выразил мнение, что эта тенденция зашла слишком далеко и что в настоящее время система не располагает достаточными резервными мощностями для реагирования в случае возникновения чрезвычайных ситуаций. Группа по изучению ситуации с наличием койко-мест в стране была создана в министерстве здравоохранения с целью изучения прогнозов относительно роста объема общей и интенсивной медицинской помощи и соответствующих последствий в плане медицинского обслуживания и потребностей в больничных койках на 10-20 лет вперед.

### **Управление больницами**

В последние годы произошел ряд изменений в организации РБОП и управлении ими. В соответствии с реформами 1991 года больницы стали трастами ГСЗ; это означает некоммерческие организации в рамках ГСЗ, на которые не распространяется контроль районного органа здравоохранения. Каждый траст, как предполагалось, должен был получать доход с помощью контрактов на обслуживание, заключаемых с потребителями, и решать установленные в централизованном порядке финансовые задачи, как, например, получение шестипроцентного дохода от своего основного капитала.

Во многих больницах этот новый финансовый режим привел к созданию новых систем управления, объединяющих руководство лечебной и финансовой деятельностью. В результате лечебная деятельность в больнице теперь обычно осуществляется в организационном плане «лечебными управлениями». Каждое управление возглавляет директор по лечебным вопросам, которому оказывают помощь руководитель среднего медицинского персонала и руководитель по вопросам предпринимательской деятельности, и оно само отвечает за организацию своей лечебной и финансовой деятельности. Общее руководство лечебными управлениями обычно осуществляет директор больницы по медицинским вопросам, который работает совместно с главным администратором.

Нынешнее правительство, несмотря на свое обязательство упразднить внутренний рынок, не объявило никаких планов коренного изменения статуса трастов. Трасты, похоже, остаются независимыми организациями в рамках ГСЗ. Однако если раньше основное внимание уделялось конкуренции в борьбе за контракты на обслуживание, то теперь на первый план вышло требование работать совместно с органами здравоохранения и другими трастами при разработке и осуществлении программ модерни-

зации системы здравоохранения. Прежний акцент на финансовые показатели работы меняется. Вместо этого теперь больше внимания уделяется качеству обслуживания и медицинским результатам в рамках новой системы руководства лечебной деятельностью.

### **Частные больницы и клиники**

По данным Независимой ассоциации медицинских компаний (НАМК), в Соединенном Королевстве имеется (по состоянию на середину 1998 года) около 230 независимых медицинских/хирургических больниц с зарегистрированными операционными, которые могут принимать пациентов. Ведущее положение на рынке занимают пять основных групп больниц: «Дженерал хелскеа груп Лтд» (дочерней компанией которой является «БМИ хелскеа»), «Наффилд нёрсинг хоумс траст Лтд» (в ведении которой находятся больницы «Наффилд»), «БУПА хоспитлс Лтд», «Комьюнити хоспитлс груп» и «ППП Коламбиа хелскеа Лтд»). Только им принадлежит 61% всех независимых больниц, и в общей сложности на них приходится 65% от общего количества койко-мест в частных независимых больницах (см. таблицу 13).

В начале 90-х годов открылся целый ряд независимых больниц (см. таблицу 14). Многие из недавно открытых больниц были созданы вместо учреждений ГСЗ. После принятия лейбористским правительством решения приступить к осуществлению ряда проектов в рамках ИЧФ вполне вероятно, что большая часть независимых больниц, которые будут сооружаться в будущем, будут не полностью оборудованными и независимо функционирующими учреждениями, а частью больничной системы ГСЗ.

Следует отметить, что на рынке частного медицинского обслуживания в Соединенном Королевстве произошла определенная вертикальная интеграция между медицинским страхованием и владением больницами, причем ведущее место в списке компаний, владеющих больницами, и компаний, занимающихся частным медицинским страхованием, принадлежит компаниям «ППП» и «БУПА» (см. таблицу 4).

Одним из путей укрепления ведущими группами больниц своих позиций на рынке являются приобретения и слияния. Однако в 90-е годы количество слияний и приобретений не увеличилось, что было отчасти обусловлено выводами, содержащимися в докладе о частном медицинском обслуживании, который был подготовлен Комиссией по монополиям и слиянию фирм и в котором говорилось, что дальнейшие слияния и интеграция будут противоречить общественным интересам. Вместо этого с 1996 года два главных страховщика создали сети предпочтительных компаний, оказывающих услуги.

Первая сеть подобного рода была создана компанией «БУПА» в мае 1996 года, и в нее входило 150 больниц (большая часть из которых находилась в ведении основных сетей компаний, занимающихся больничным обслуживанием). Затем в феврале 1997 года компания «ППП хелскеа» создала свою собственную сеть. В нее, как предполагается, входит 170 больниц, включая больницы ГСЗ с частными отделениями для пациентов. Создание этих сетей является крупной переменной в секторе частного больничного обслуживания в последние годы и может иметь серьезные последствия для более мелких больниц, не входящих в эти сети. Осуществление такой «ограниченной» страховой политики началось весьма активно, и, поскольку две эти компании

занимают ведущее положение на рынке страхования, те предоставляющие услуги компании, которые не входят в эти сети, могут столкнуться с существенным сокращением числа обращающихся к ним пациентов. Такой сдвиг наряду с мощными стимулами, которые предоставляют частным специалистам и консультантам для того, чтобы они направляли своих пациентов предпочтительным компаниям, может привести к закрытию независимых больниц. К середине 1998 года 4 000 из 20 000 консультантов, занимающихся частной практикой, согласились работать совместно с компанией «БУПА», на которую может приходиться до 50% всей частной деятельности в этой сфере.

**Таблица 13. Независимые медицинские/хирургические больницы и количество койко-мест в 12 крупнейших компаниях, занимающихся больничным обслуживанием, по состоянию на середину 1998 года**

Компания	Количество больниц	Количество койко-мест	Доля койко-мест в процентах
«БМИ хелскеа»	40	2 241	20,7
«БУПА хелс сервисез»	36	1 861	17,1
«Наффилд хоспитлс»	38	1 547	14,3
«Комьюнити хоспитлс груп»	22	829	7,6
«ППП»	4	560	5,2
«Сент-Мартинс хоспитлс Лтд»	3	214	2,0
«Бритиш прегнанси эдвайзери сервис»	8	205	1,9
«Кинг Эдвард VII хоспитлс груп»	2	194	1,8
«Аспен хелскеа Лтд»	2	127	1,2
«Эбби хоспитлс Лтд»	5	105	1,0
«Хоспитл менеджмент траст»	2	64	0,6
«Мэри Стоунс интернэшнл Лтд»	3	61	0,6
Все прочие	64	2 844	26,2
Всего	229	10 852	100

Источник: Laing and Buisson (1998) *Laing's Healthcare Market Review 1998-1999*, Laing and Buisson, London.

**Таблица 14. Независимые больницы, оказывающие интенсивную медицинскую/хирургическую помощь, 1996-1998 годы**

Год	Всего	Чистое изменение
1986	200	0
1987	199	-1
1988	202	+3
1989	205	+3
1990	211	+6
1991	216	+5
1992	219	+3
1993	221	+2
1994	224	+3
1995	227	+3
1996	224	-3
1997	227	+3
1998	229	+2

Источник: *Laing's Healthcare Market Review 1998-1999*, Laing and Buisson, London 1998.

В таблице 15 показано примерное количество операций и процедур, выполненных в независимых больницах в 1992/1993 году. Из нее видно, что наиболее часто выполняемой процедурой были аборт (13,2%). Кроме абортов, наиболее часто выполняемым видом лечебной деятельности были хирургические операции, проводимые по желанию пациента и включающие такие процедуры, как удаление катаракты, ушива-

ние грыжи, протезирование тазобедренного сустава и удаление варикозных вен. Однако сопоставление с данными за 1986 год показывает, что в последние годы произошел существенный рост гораздо более сложных операций, таких как аортокоронарное шунтирование и другие операции на сердце.

**Таблица 15. Примерное количество операций и процедур, выполненных в независимых больницах, стационары и палаты дневного пребывания**

Основная операция или процедура	Жители Англии и Уэльса			Общее количество 1992/1993	Проценты 1992/1993
	1981	1986	1992/1993		
Все известные операции за исключением аборт	206 920	381 605	557 451	572 104	84,3
– Все эндоскопические исследования	11 012	31 535	58 928	59 963	8,8
– Прочие ортопедические	16 537	35 353	57 134	58 227	8,6
– Прочие отоларингические	12 811	24 789	31 784	31 880	4,7
– Прочие гинекологические	6 629	11 071	31 069	31 492	4,6
– Прочие на коже и подкожные	8 972	24 478	28 706	28 768	4,2
– Удаление зубов	7 344	14 504	21 587	21 655	3,2
– Ушивание грыжи брюшной полости	9 435	15 664	16 444	16 604	2,4
– Вся гистороктомия	9 211	13 843	16 146	16 216	2,4
– Операции на линзах	3 935	8 491	15 356	15 875	2,3
– Перевязка или удаление варикозных вен	7 429	10 505	13 428	13 428	2,0
– Артропластика	6 328	10 080	12 637	12 787	1,9
– Тонзиллэктомия и аденоидэктомия	9 229	12 115	13 092	13 031	1,9
– Дилатация и кюретаж	11 973	20 915	12 350	12 420	1,8
– Пластическая хирургия	3 825	4 539	11 100	11 279	1,7
– Серьезные внутрибрюшные грыжи	6 117	10 198	11 107	11 191	1,6
– Прочие операции на глазах	3 086	6 125	8 896	9 902	1,5
– Простатэктомия	2 803	4 585	9 756	9 802	1,4
– Геморроидэктомия и прочие анальные и перанальные хирургические операции	5 483	6 562	8 595	8 715	1,3
– Все прочие операции на сердце	234	2 902	6 379	7 604	1,1
– Аортокоронарное шунтирование	374	929	3 809	6 463	1,0
– Вазэктомия	2 546	4 912	4 393	4 396	0,6
– Циркумцизия	2 490	3 605	3 342	3 342	0,5
– Аппендэктомия	1 694	2 350	1 947	1 947	0,3
– Рассечение, перевязка, окклюзия яйцеводов	4 035	2 819	1 827	1 925	0,3
– Все прочие операции и процедуры	36 496	64 446	82 878	84 935	12,5
– Отсутствие операций или процедур	16 930	34 290	74 712	78 257	11,5
Аборты	66 027	68 956	81 476	89 809	13,2
Неизвестно	2 805	11 106	16 423	16 789	2,5
<b>Всего</b>	<b>275 752</b>	<b>461 666</b>	<b>655 350</b>	<b>678 703</b>	<b>100</b>

Источник: Т. Williams and J. Nicholl (1994) Patient Characteristics and clinical caseload of short-stay independent hospitals in England and Wales, 1992-1993, BMJ 308: 1699-1701.

В дополнение к большому объему интенсивной медицинской помощи небольшой объем частной медицинской помощи оказывается в больницах ГСЗ. Большей частью частные услуги по оказанию интенсивной помощи дополняют обслуживание в рамках

ГСЗ и позволяют уменьшить время ожидания процедур, которые можно получить в ГСЗ. Однако в некоторых случаях частная медицинская помощь успешно заменила услуги, оказываемые в ГСЗ, поскольку масштабы последней недостаточны для удовлетворения потребностей пациентов, например в случае прекращения течения беременности.

### **Количество койко-мест в больницах: некоторые сопоставимые данные**

Как показано на диаграмме 12, в Соединенном Королевстве в больницах, оказывающих интенсивную медицинскую помощь, в середине 90-х годов приходилось примерно 2,0 койки на 1000 человек населения. Это один из самых низких показателей в Западной Европе, и он резко контрастирует с такими странами, как Норвегия (3,3), Франция (4,3) и Германия (7,1).

На диаграмме 13 показаны некоторые сравнительные данные о количестве коек в больницах на 1000 человек населения по отдельным странам за период с 1983 по 1995 год. Из нее видно, что количество койко-мест со временем сокращалось во всех странах, однако темпы сокращения в Соединенном Королевстве были выше, чем во Франции и Германии.

### **Койко-места в частных больницах**

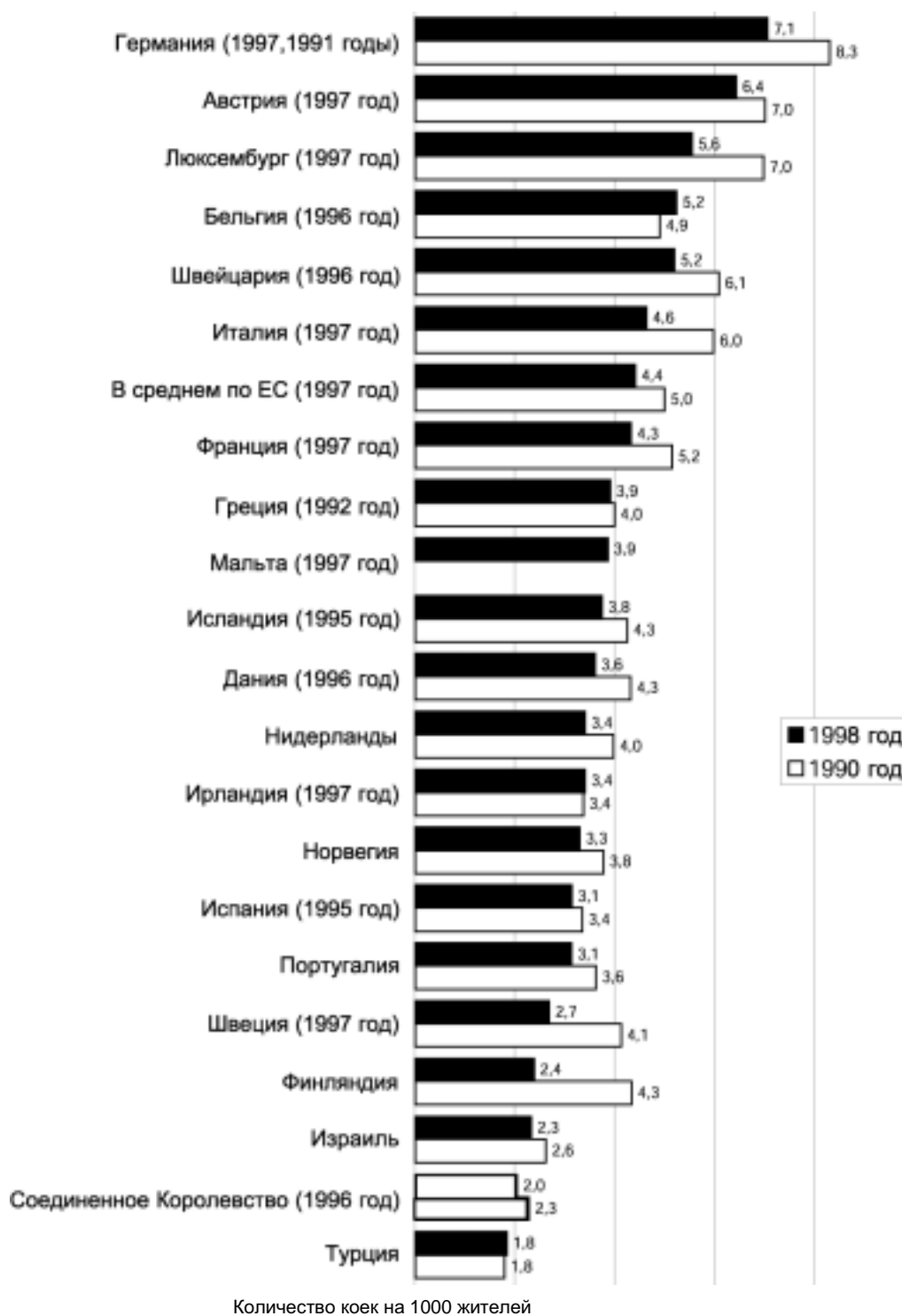
Основная часть койко-мест в частных больницах в частном и независимом секторах принадлежит британским коммерческим компаниям (более 50% от общего числа). Коммерческие компании владеют 65% койко-мест в частном секторе. Этот показатель вырос с 41% в 1979 году. Значительная часть (34%) от общего количества койко-мест принадлежит благотворительным и религиозным организациям.

Общее число койко-мест в независимом секторе сокращалось с 1995 года, когда общее количество достигло пика и составило 11 681. К 1998 году было 10 852 койки, что представляет собой сокращение на 829 койки, или 7,1%. Аналогичная тенденция наблюдалась и в ГСЗ в результате перехода к хирургическим операциям в дневном стационаре и амбулаторному лечению по ряду показаний.

### **Койки с улучшенным обслуживанием в ГСЗ и частные отделения для пациентов**

В ГСЗ Соединенного Королевства имеется 3000 официально зарегистрированных коек с улучшенным обслуживанием, из которых большая часть (около 1600) находится в обычных учреждениях ГСЗ. Под койками с улучшенным обслуживанием подразумеваются койки, которые предоставляются для лечения пациентов ГСЗ, как правило, в отдельной палате за дополнительную плату.

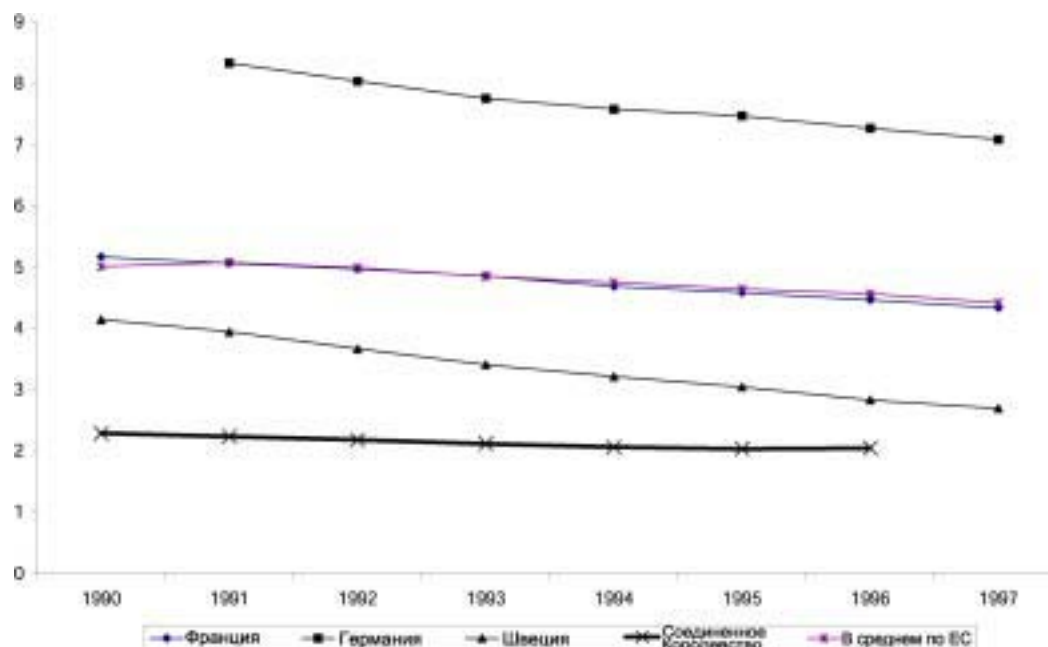
**Диаграмма 12. Количество коек в больницах оказания интенсивной помощи на 1000 жителей в Западной Европе, 1990 и 1998 годы (или последний год, за который имеются данные)**



Источник: База данных Европейского регионального бюро ВОЗ «Здоровье для всех» (23).



**Диаграмма 13. Количество коек в больницах оказания интенсивной помощи на 1000 жителей в Соединенном Королевстве и отдельных странах, 1990–1997 годы**



Источник: База данных Европейского регионального бюро ВОЗ «Здоровье для всех» (23).

**Таблица 16. Использование и функционирование стационаров, 1970–1996 годы**

Год	Количество койко-мест на 1000 жителей	Число принятых больных на 100 жителей	Средняя продолжительность пребывания, дней
1970	-	10,9	25,7
1975	-	11,6	22,9
1980	7,9	12,17	19,1
1985	7,1	13,45	15,8
1990	5,7	14,46	15,6
1991	5,4	14,81	14,1
1992	5,1	14,94	12,4
1993	4,8	15,20	10,0
1994	4,6	15,32	10,0
1995	4,5	15,86	9,9
1996	-	23,10	9,8

Источник: База данных Европейского регионального бюро ВОЗ «Здоровье для всех» (23).

Трасты ГСЗ предлагают частным пациентам услуги и размещение в виде так называемых платных коек ГСЗ. Консультанты имеют право использовать определенное число койко-дней ГСЗ в год для размещения частных пациентов. Другим видом партнерства ГСЗ с частным сектором является предоставление закрепленных за частными пациентами блоков, представляющих собой либо целые корпуса, либо отделения в больницах ГСЗ для частных пациентов. В середине 1998 года было 78 такого рода блоков, насчитывавших порядка 1400 коек.

## Использование и функционирование больниц

В таблице 16 приводятся данные об использовании стационаров в Соединенном Королевстве в период 1970-1997 годов. Наряду с сокращением числа коек на 1000 жителей в ней показано сокращение средней продолжительности пребывания более чем с 25 дней в 1970 до менее 10 дней в 1996 году. (Вместе с тем следует учитывать, что значительное сокращение в период 1970-1985 годов стало результатом главным образом закрытия лечебных учреждений, предназначенных для длительного пребывания. После этого сокращение сроков продолжилось, но более медленными темпами.)

В таблице 17 приводятся те же данные об использовании лечебных заведений, что и в таблице 16, по странам европейского региона ВОЗ за 1996 год (или за последний год, по которому имеются данные). Сопоставление такого рода данных по странам может ввести в заблуждение, поскольку в национальные определения включены различные категории стационарного лечения. Вместе с тем, данные говорят о том, что показатели числа принятых больных и продолжительности пребывания в стационаре в Соединенном Королевстве тяготеют, скорее, к более низкому уровню среди западноевропейских стран.

## Социальное обслуживание

Обычно под социальным обслуживанием в Великобритании понимается обслуживание, предоставляемое в течение продолжительного срока в домах престарелых и инвалидов людям, страдающим от душевных заболеваний, имеющим проблемы с обучением, и пожилым наряду с широким кругом услуг, оказываемых по месту жительства. Отвечают за предоставление таких услуг совместно органы местного самоуправления, департаменты социального обслуживания и ГСЗ. Такая совместная ответственность привела к возникновению застарелых проблем слабой координации, попытки преодолеть которые делаются в рамках нынешних политических реформ (см. ниже).

Как и во многих других странах, в политике Соединенного Королевства на протяжении последних 30 лет отдавалось предпочтение «обслуживанию по месту жительства» как альтернативе длительному пребыванию людей с душевными заболеваниями или проблемами обучения в лечебных учреждениях. В результате в период 60–80-х годов для лечения по месту жительства было выписано около 100 000 человек. Однако, на протяжении всего этого периода высказывались сомнения в связи с тем, что темпы выписки превышали возможности оказания альтернативных услуг по месту жительства. В последние годы получили широкую огласку, будучи в то же время весьма нетипичными, происшествия с участием выписанных из лечебных учреждений душевных больных, что привело к пересмотру некоторых аспектов данной политики.

**Таблица 17. Использование и функционирование стационаров интенсивного лечения в европейском регионе ВОЗ в 1998 году или в последнем году, за который имеются данные**

Страна	Количество койко-мест на 1000 жителей	Число принятых больных на 100 жителей	Средняя продолжительность пребывания, дней	Занятость койко-мест (%)
<b>Западная Европа</b>				
Австрия	6,4 <sup>a</sup>	24,7 <sup>a</sup>	7,1 <sup>a</sup>	74,0 <sup>a</sup>
Бельгия	5,2 <sup>b</sup>	18,0 <sup>b</sup>	7,5 <sup>b</sup>	80,6 <sup>c</sup>
Дания	3,6 <sup>b</sup>	18,8 <sup>b</sup>	5,6 <sup>b</sup>	81,0 <sup>b</sup>
Финляндия	2,4	20,5	4,7	74,0 <sup>c</sup>
Франция	4,3 <sup>a</sup>	20,3 <sup>c</sup>	6,0 <sup>b</sup>	75,7 <sup>a</sup>
Германия	7,1 <sup>a</sup>	19,6 <sup>a</sup>	11,0 <sup>a</sup>	76,6 <sup>a</sup>
Греция	3,9 <sup>f</sup>	-	-	-
Исландия	3,8 <sup>c</sup>	18,1 <sup>c</sup>	6,8 <sup>c</sup>	-
Ирландия	3,4 <sup>a</sup>	14,9 <sup>b</sup>	6,7 <sup>b</sup>	82,3 <sup>b</sup>
Израиль	2,3	18,4	4,3	94,0
Италия	4,6 <sup>a</sup>	16,5 <sup>a</sup>	7,0 <sup>a</sup>	76,0 <sup>a</sup>
Люксембург	5,6 <sup>a</sup>	18,4 <sup>d</sup>	9,8 <sup>b</sup>	74,3 <sup>d</sup>
Мальта	3,9 <sup>a</sup>	-	4,5	72,2 <sup>a</sup>
Нидерланды	3,4	9,2	8,3	61,3
Норвегия	3,3	14,7 <sup>b</sup>	6,5 <sup>b</sup>	81,1 <sup>b</sup>
Португалия	3,1	11,9	7,3	75,5
Испания	3,1 <sup>c</sup>	10,7 <sup>c</sup>	8,5 <sup>b</sup>	76,4 <sup>c</sup>
Швеция	2,7 <sup>a</sup>	16,0 <sup>b</sup>	5,1 <sup>b</sup>	77,5 <sup>b</sup>
Швейцария	5,2 <sup>b</sup>	14,2 <sup>e</sup>	11,0 <sup>a</sup>	84,0 <sup>a</sup>
Турция	1,8	7,1	5,5	57,3
<b>Соединенное Королевство</b>	<b>2,0<sup>b</sup></b>	<b>21,4<sup>b</sup></b>	<b>4,8<sup>b</sup></b>	<b>-</b>
<b>Страны Центральной и Восточной Европы</b>				
Албания	2,8 <sup>a</sup>	-	-	-
Босния и Герцеговина	3,4 <sup>g</sup>	7,4 <sup>g</sup>	9,7 <sup>g</sup>	70,9 <sup>g</sup>
Болгария	7,6 <sup>b</sup>	14,8 <sup>b</sup>	10,7 <sup>b</sup>	64,1 <sup>b</sup>
Хорватия	4,0	13,4	9,6	88,2
Чешская Республика	6,5	18,4	8,8	70,8
Эстония	6,0	17,9	8,8	74,6
Венгрия	5,8	21,7	8,5	75,8
Латвия	-	-	-	-
Литва	-	-	-	-
Польша	-	-	-	-
Румыния	-	-	-	-
Словакия	7,1	19,3	10,3	77,9
Словения	4,6	15,9	7,9	75,4
Бывшая югославская республика Македония	3,5 <sup>a</sup>	8,1	8,9	66,5
<b>Новые независимые государства</b>				
Армения	6,0	6,0	10,7	30,2
Азербайджан	8,0	5,6	-	-
Беларусь	-	-	-	88,7 <sup>d</sup>
Грузия	4,6 <sup>b</sup>	4,8 <sup>b</sup>	8,3 <sup>b</sup>	26,8 <sup>d</sup>
Казахстан	6,6	14,9	13,0	91,2
Кыргызстан	6,7	15,8	12,9	81,7
Республика Молдова	9,1	16,9	15,4	77,6
Российская Федерация	9,0	19,9	14,0	82,5
Таджикистан	6,2	9,7	13,0	59,9 <sup>b</sup>
Туркменистан	6,0 <sup>a</sup>	12,4 <sup>a</sup>	11,1 <sup>a</sup>	72,1 <sup>a</sup>
Украина	7,4	17,9	13,4	88,1
Узбекистан	-	-	-	-

Источник: База данных Европейского регионального бюро ВОЗ «Здоровье для всех».

Примечание: <sup>a</sup> 1997 год, <sup>b</sup> 1996 год, <sup>c</sup> 1995 год, <sup>d</sup> 1994 год, <sup>e</sup> 1993 год, <sup>f</sup> 1992 год, <sup>g</sup> 1991 год, <sup>h</sup> 1990 год.

За больными, лицами с умственными и физическими недостатками, относящимися к уязвимой категории и имеющими слабое здоровье, ухаживают неформальные патронажные работники. В Великобритании насчитывается порядка 5,7 млн. патронажных работников, при этом в 17% домашних хозяйств, или в каждом шестом, есть такой патронажный работник. Из имеющихся, по оценке, 5,7 млн. этих работников 1,7 млн. патронажем занимаются, по меньшей мере, 20 часов в неделю. Из них 855 000 занимаются этим 50 и более часов в неделю. В большинстве случаев такие услуги имеют в своей основе близкие личные взаимоотношения.

Другой важной особенностью государственной политики в 80-х и начале 90-х годов было поощрение частного сектора, оказывающего медицинские услуги на долгосрочной основе. Это вписывалось в политику правительства того времени, в рамках которой во всех случаях, где это возможно, отдавалось предпочтение обслуживанию частным, а не государственным сектором. Например, что касается больных среди лиц пожилого возраста, нуждающихся в длительном лечении, то в период с 1980 по 1994 год число соответствующих мест для пребывания в частных домах престарелых и инвалидов увеличилось с чуть менее 36 000 до более 164 000. Число мест в таких домах, находящихся в ведении местных органов власти, сократилось приблизительно с 114 000 до менее чем 69 000.

Как уже говорилось в разделе *«Дополнительные источники финансирования»*, такое увеличение объема услуг, оказываемых в частных домах престарелых и инвалидов, было вызвано, главным образом, финансированием через каналы государственных программ социальной защиты. Это, конечно, нарушало принцип «обслуживания по месту жительства», который отдавал предпочтение оказанию помощи не в лечебных учреждениях, а на дому. В 1986 году изучить этот вопрос было предложено политическому советнику премьер-министра Маргарет Тэтчер сэру Рою Гриффитсу. Его доклад, опубликованный в 1988 году, был положен в основу общинного компонента *Закона о ГСЗ и общинном здравоохранении 1990 года*, а его основные элементы были реализованы в апреле 1993 года. Предложения Гриффитса и сегодня остаются базовым элементом политики Соединенного Королевства в области общинного здравоохранения.

В рамках этой политики за определение потребностей, установление порядка приоритетов и разработку планов отвечают отделы социального обслуживания местных органов самоуправления. На индивидуальном уровне оценку потребностей в помощи и надлежащее комплексное обслуживание отдельных лиц обеспечивают ответственные за индивидуальную работу. Комплекс услуг обычно предусматривает обслуживание на дому и в лечебном учреждении, обеспечиваемое иногда государством, но все в большей степени в частном порядке. Например, в период 1992–1995 годов доля времени посещения больных на дому независимыми подрядчиками увеличилась с 2 до 29%.

Чтобы преодолеть порочные стимулы для расширения обслуживания по месту жительства, которые проявлялись в рамках всей системы социального страхования до 1993 года, центральное правительство перевело средства из бюджета социального страхования в бюджеты местных органов власти для целевого использования на комплексное обслуживание. В ряде случаев, когда ответственный за индивидуальную работу считает это необходимым, а пациент имеет право на государственное финан-

сирование, эти средства используются для финансирования обслуживания в домах престарелых и инвалидов. Вместе с тем, возникает все большая потребность в частном финансировании, особенно в случае престарелых. В настоящее время право на получение помощи за счет государственных средств имеют лишь те лица, активы которых составляют менее 16 000 фунтов стерлингов (включая стоимость их доли в общей стоимости жилья). Как указывалось в разделе «Дополнительные источники финансирования», данное требование привело к широкому распространению обеспокоенности тем, что престарелым людям приходится продавать свои дома для финансирования долгосрочных медицинских услуг, вследствие чего оно стало предметом недавнего разбирательства в королевской комиссии, представившей доклад в начале 1999 года.

Другие действующие в настоящее время изменения в политике социального обеспечения дают ГСЗ и всем связанным с медицинским обслуживанием подразделениям органов местного самоуправления - при этом не только службам социального обеспечения – возможность делегировать друг другу функции, связанные с размещением контрактов и оказанием услуг, и объединять бюджеты. Эти полномочия позволяют организациям вести совместную работу в интересах потребителя и более тщательно проводить отбор среди профессионалов, предоставляющих услуги. Кроме того, вносятся изменения в действующее законодательство, регулирующие перевод денежных средств из бюджета ГСЗ в бюджеты органов местного самоуправления. Уже сейчас ГСЗ может переводить фонды органам местного самоуправления в связи с оказанием определенного набора, главным образом, социальных услуг. Эти возможности расширены, кроме того, созданы новые встречные возможности для местных органов переводить средства в бюджет ГСЗ в тех случаях, когда это позволяет более эффективно решать задачи, стоящие перед местным органом. Все эти новые полномочия вступают в силу с апреля 2000 года.

В течение долгого времени стоит проблема обеспечения адекватных стандартов качества в области социального обслуживания, в частности при оказании помощи в домах престарелых и инвалидов. Если учесть, что услуги предоставляются (зачастую представителям уязвимых категорий) в тысячах различных мест, то это, безусловно, является сложной задачей. В периодических сообщениях средств массовой информации уже рассказывалось о ряде тревожных случаев низкого уровня обслуживания и злоупотребления правами пациента. В 90-х годах законодательство было направлено на укрепление механизмов мониторинга и обеспечения удовлетворительного уровня обслуживания. На национальном уровне важную роль в мониторинге и углубленном изучении отдельных аспектов общинного здравоохранения играет Инспекторат социального обслуживания министерства здравоохранения. На местах за проведение инспекций в домах инвалидов отвечают органы здравоохранения, а за инспектирование домов престарелых – местные органы власти. Вместе с тем, в соответствии с нынешними предложениями правительства (включенными в Белую книгу «Модернизация социального обслуживания: повышение самостоятельности, усиление защиты, повышение требований» (4)), инспектирование домов инвалидов, домов престарелых и работы персонала, обслуживающего больных на дому, будут проводить независимые агентства, имеющие самые широкие полномочия.

## Людские ресурсы и профессиональная подготовка

### Профессиональная подготовка

#### Врачи

Образование и профессиональная подготовка врачей в Соединенном Королевстве осуществляются в трех взаимосвязанных категориях:

- i) преддипломное медицинское образование;
- ii) последипломное медицинское образование;
- iii) непрерывное медицинское образование.

В Англии для получения преддипломного медицинского образования студенты обучаются в течение пяти лет (в некоторых случаях шести лет) в одной из 19 медицинских школ. Эти школы входят в университетскую систему и финансируются Советом по финансированию высшего образования.

Число студентов, поступающих в медицинские школы в Соединенном Королевстве, постоянно увеличивалось: с 4311 в 1990 году до 5091 в 1998 году. В настоящее время планируется ежегодное увеличение числа мест для студентов-медиков на 1000 до 2005 года. В Англии это увеличение произойдет за счет роста числа мест в некоторых из 19 имеющихся медицинских школ и создания, по крайней мере, трех новых центров медицинского образования. В Шотландии в настоящее время функционирует четыре медицинские школы, в Уэльсе и Северной Ирландии – по одной.

После завершения преддипломной подготовки студенты проходят годовой пред-регистрационный курс, в ходе которого они получают временную регистрацию в Генеральном медицинском совете (ГМС), что позволяет им практиковать в больницах и на станциях первичной медико-санитарной помощи в качестве предрегистрационных сотрудников, работающих под наблюдением. Предрегистрационный курс является заключительной частью базовой медицинской подготовки, которая проходит под контролем медицинской школы.

После успешного завершения годичного обучения в качестве сотрудника врач имеет право обратиться с просьбой зарегистрировать его в ГМС в полном объеме. Для работы в ГСЗ в качестве врача необходимо, чтобы врач был занесен в медицинский реестр ГМС, что позволяет ему, например, выписывать рецепты на лекарства и выдавать медицинские справки.

Далее карьера больничного врача, как правило, проходит следующий путь:

- Старший медицинский сотрудник (как минимум 3-5 лет, но зачастую дольше), проходящий общую профессиональную и базовую подготовку по специальности;
- Специалист-ординатор (4-5 лет), проходящий подготовку по специальности;
- Специалист-консультант по избранной специальности. Данная позиция фиксирует профессиональный уровень, и врачи, как правило, достигают ее в возрасте около тридцати пяти лет.

Врачи, поступающие в систему общей практики, проходят иной путь. Окончив предрегистрационный курс в качестве сотрудника (и, возможно, приобретя некоторый опыт в качестве старшего сотрудника), они должны продолжать профессиональную подготовку в течение трех лет, при этом, по крайней мере, в течение двух лет на должности старшего сотрудника больницы и одного года – в качестве ординатора общего профиля. В качестве последнего врач работает и проходит подготовку в рамках общей практики под наблюдением авторитетного в области общей практики наставника. После успешного завершения данного периода они получают свидетельство, позволяющее им работать в системе общей практики, в том числе в качестве старшего врача общей практики.

Врачи, завершившие формальное медицинское образование, должны продолжать обучение и повышение квалификации в рамках концепций постоянного повышения профессиональной квалификации. Этот процесс играет центральную роль в «пожизненном обучении» и подкрепляет основной принцип управления в сфере клинического лечения. В соответствии с этой системой врачи обязаны поддерживать на надлежащем уровне и совершенствовать профессиональную квалификацию, повышая таким образом уровень услуг, предоставляемых пациентам ГСЗ. Это также способствует получению врачами самой свежей информации о достижениях в той области, где они практикуют.

### **Медицинские сестры**

Для работы в качестве дипломированной медицинской сестры в Соединенном Королевстве необходимо зарегистрироваться в Центральном совете Соединенного Королевства по делам медицинских сестер, акушеров и патронажных сестер (ЦССК), причем такая регистрация должна обновляться каждые три года. В марте 1998 года насчитывалось 637 449 дипломированных медсестер, акушеров и патронажных сестер, зарегистрированных в ЦССК. Они образуют пул, из которого при необходимости берется персонал медсестер, хотя настоящее время в Соединенном Королевстве работают и не все зарегистрированные в Совете медсестры.

Подавляющее большинство медицинских сестер работают в ГСЗ. В 1995 году на службе в ГСЗ состояло 305 160 сотрудников в эквиваленте полного рабочего времени (эпв). Для сравнения, в независимых больницах и клиниках в переводе на эпв работало 57 775 сотрудников. Кроме того, в качестве практикующих сестер общего профиля работало в переводе на эпв еще 10 478 сотрудников. Если говорить об эквиваленте общего числа сотрудников, работающих в качестве медсестер в течение полного рабочего дня или его части, то он составит более полумиллиона. Поскольку 90% медицинских сестер являются женщинами, служба медицинских сестер является крупнейшим источником рабочих мест для женщин в Соединенном Королевстве.

Число медицинских сестер, работающих непосредственно в ГСЗ, с конца 80-х годов остается почти постоянным, в то время как число занятых в негосударственном секторе выросло в три раза, а число участковых сестер системы общей практики – в четыре раза.

В 80-х годах крупной проблемой была текучесть кадров среди медицинских сестер. Ежегодно примерно одна из десяти сестер увольнялась с работы и две трети из них не возвращались. Сокращение возможностей для альтернативной занятости, вызванное экономическим спадом конца 80-х – начала 90-х годов, в определенной степени сняло остроту этой проблемы, однако в конце 90-х годов показатели текучести и наличия вакантных мест вновь возросли. В настоящее время серьезную проблему представляет собой нехватка медицинских сестер. Дефицит оценивается в 8-12 тыс. сестер. В попытке решить эту проблему государственный министр здравоохранения недавно объявил о введении новой шкалы окладов для медицинских сестер при существенном увеличении начальных ставок. Проводится пропагандистская кампания, направленная на то, чтобы убедить уволившихся с работы медсестер вернуться к своей профессии.

Система обучения и профессиональной подготовки медицинских сестер в Соединенном Королевстве была преобразована с проведением начиная с 1988 года нового политического курса. В основу этого курса были положены главным образом рекомендации ЦССК, касающиеся реформы системы обучения медицинских сестер. Новый подход отражает полную переориентацию этой системы, перевод ее с принципа подготовки без отрыва от производства на очное обучение в колледжах среднего специального и высшего образования. В соответствии с данной системой студенты рассматриваются как штатные работники службы в период практики по специальности, а выполняемая ими работа тесно связана с их учебным курсом.

В июле 1999 года государственный министр здравоохранения объявил новую стратегию «Новое для медицинских сестер, акушеров и патронажных сестер». Эта новая стратегия направлена на увеличение притока кадров на рабочие места медицинских сестер, акушеров и патронажных сестер путем расширения их перспектив в плане карьеры. Она допускает продление срока обучения сверх трех лет за счет включения в него отпускных периодов, открывает новые возможности для получения профессии медицинской сестры за счет проведения общенациональных профессиональных экзаменов и создает дополнительные должности консультантов для медсестер. Эти консультанты занимают более высокое служебное положение, затрачивая при этом не менее половины всего рабочего времени, например, непосредственному уходу за больными.

### **Специальности, связанные с медициной (ССМ)**

Совет по специальностям, дополняющим медицину, отвечает за регистрацию практикующих специалистов, утверждение учебных программ курсов подготовки и осуществление дисциплинарных функций по следующим специальностям: терапия искусством, музыкой и драмой, педикюр/подиатрия, диететика, медицинские лабораторные научные исследования, терапия профессиональных заболеваний, ортоптика, биопротезирование и протезирование, физиотерапия, радиография, речевая и языковая терапия, парамедицина и клинические исследования.

В сентябре 1998 года насчитывалось 103 540 научных, терапевтических и технических сотрудников, которые составляли 14% всего персонала ГСЗ, занятого в больничном и общинном здравоохранении. Данная группа включает широкий круг спе-



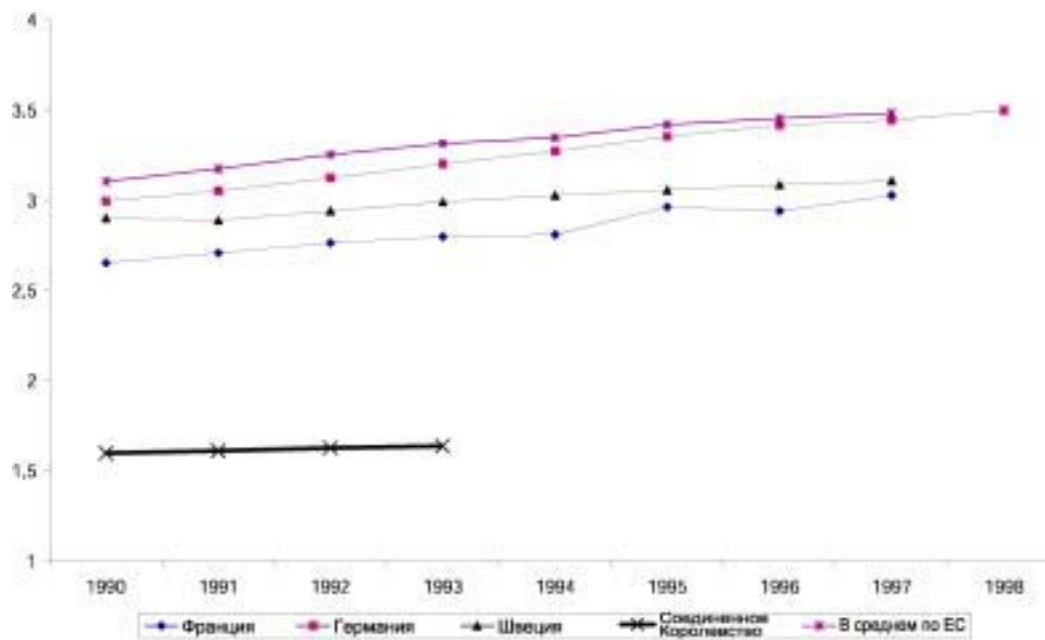
циалистов, основную часть которых составляют физиотерапевтический персонал – 14 550 чел. (14%), персонал терапии профессиональных заболеваний – 12 080 чел. (12%) и специалисты по радиологии – 11 290 чел. (11%).

Уделение большего внимания вопросам реабилитации повышает спрос на физиотерапевтов и терапевтов по профессиональным заболеваниям. Инвестиции в подготовку по ССМ продолжают увеличиваться, а сами специальности по-прежнему пользуются популярностью среди студентов. За последние пять лет число учебных заведений, готовящих терапевтов по профессиональным заболеваниям, увеличилось на 41%, а физиотерапевтов – на 45%. Рассматриваются пути расширения доступа к этим специальностям и поощрения заявлений от сотрудников ГСЗ, стремящихся к профессиональному росту.

### **Стоматологи**

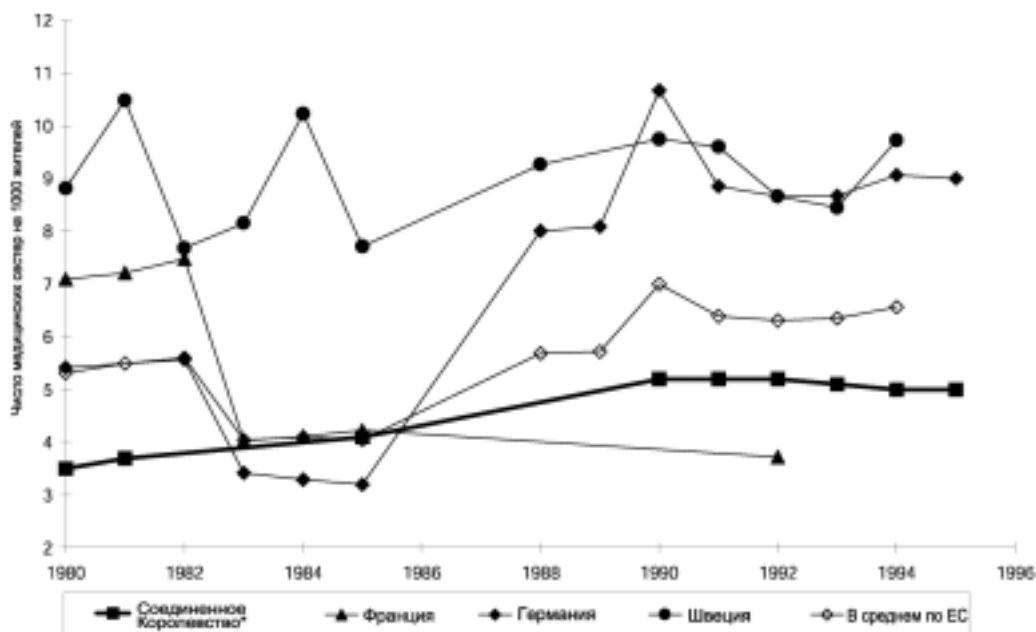
Согласно существующим требованиям стоматологи до практической работы должны пройти пятилетний курс подготовки в стоматологической школе. Вместе с тем, желающие заниматься общей практикой должны также пройти курс профессиональной подготовки. Во многих областях стоматологии необходима дополнительная подготовка, например, в области оральной хирургии, ортодонтии, восстановительного лечения, стоматологического здравоохранения, детской стоматологии и других. Большинство представителей этих специальностей работают в качестве консультантов в больницах (за исключением стоматологов государственного здравоохранения, работающих в системе органов здравоохранения). Желающие работать стоматологами в больницах повышают уровень квалификации соответственно степеням подготовки больничных сотрудников (т.е. ординатор, старший ординатор и т. д.), по аналогии со степенями у врачей. Существует также целый ряд вспомогательных профессий, в том числе специалист по зубной гигиене, стоматолог-терапевт, зубной техник и специалист по вопросам лечения полости рта.

**Диаграмма 14. Число врачей на 1000 жителей в Соединенном Королевстве и отдельных странах, 1980–1996 годы**



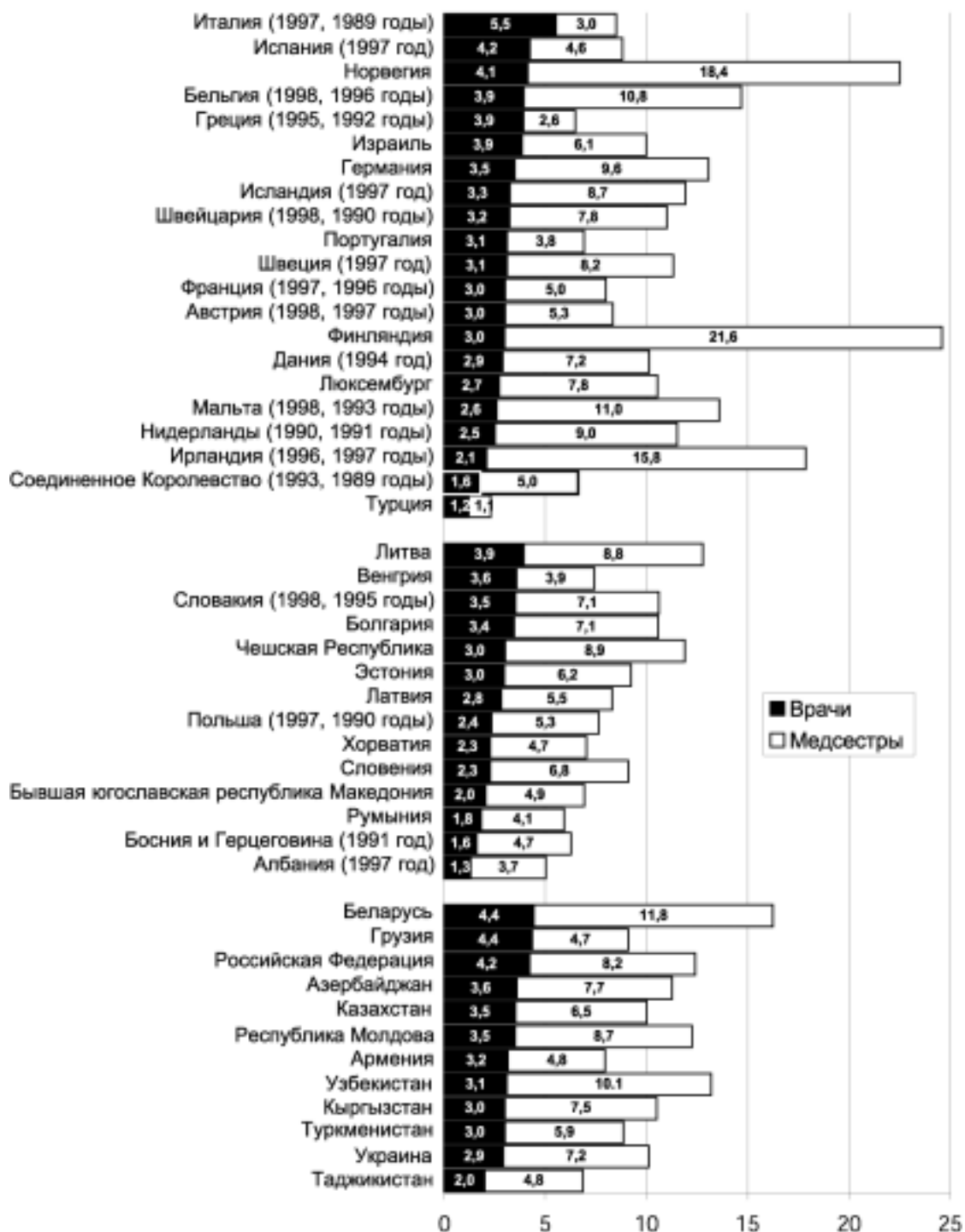
Источник: База данных Европейского регионального бюро ВОЗ «Здоровье для всех» (23).

**Диаграмма 15. Число медицинских сестер на 1000 жителей в Соединенном Королевстве и отдельных странах, 1980–1995 годы**



Источник: База данных Европейского регионального бюро ВОЗ «Здоровье для всех» (23).

**Диаграмма 16. Число врачей и медицинских сестер на 1000 жителей в европейском регионе ВОЗ, 1998 год или последний год, за который имеются данные**



Источник: База данных Европейского регионального бюро ВОЗ «Здоровье для всех» (23).

## Людские ресурсы

Главным работодателем врачей в Соединенном Королевстве является ГСЗ. В таблице 18 показано, что в 1996 году ГСЗ являлось работодателем или, в случае общей практики, держателем контрактов для 102 610 врачей. В это число входят 19 940 больничных консультантов, прошедших подготовку в Соединенном Королевстве (вместе с 3 740 консультантами из-за рубежа) и 27 490 подготовленных в Соединенном Королевстве старших врачей системы общей практики (вместе с 5 700 врачами, подготовленными за рубежом).

На диаграмме 15 приведены сравнительные данные ВОЗ о числе медсестер на 1000 жителей в Соединенном Королевстве и отдельных странах в период 1970–1995 годов. Эти данные свидетельствуют о том, что соотношение числа медсестер к численности населения в Соединенном Королевстве за период 1980–1990 год выросло, однако в последующий период оставалось практически неизменным. В настоящее время это соотношение ниже, чем соответствующий показатель в Германии и Швеции и средний показатель по ЕС, но вместе с тем выше, чем во Франции (в 1992 году). Представляется, что данный показатель по Соединенному Королевству гораздо более стабилен во времени, чем показатели по другим странам.

На диаграмме 16 приводятся сравнительные данные о числе врачей и медсестер на 1000 жителей в европейском регионе ВОЗ в 1998 году (или в последнем году, за который имеются данные). На ней показано, что соотношение числа врачей к численности населения стоит на предпоследнем месте в Западной Европе. Согласно исполнительной переписи ГСЗ 1998 года, в ходе которой были собраны данные о больничных сотрудниках, на 1000 жителей в Англии приходилось 1,21 больничного врача всех уровней. В этот показатель не входит число практикующих врачей общего профиля в Соединенном Королевстве.

Хотя низкие международные позиции Соединенного Королевства с точки зрения соотношения числа медсестер к численности населения не столь очевидны, страна остается в нижней трети показателей по Западной Европе.

В таблице 19 приводятся данные об отношении численности медицинского персонала к населению Соединенного Королевства в период 1980-1996 годов (или последнего года, за который имеются данные). Они свидетельствуют о том, что число действующих врачей на 1000 жителей за этот период несколько возросло, что число действующих зубных врачей и фармацевтов на 1000 оставалось неизменным, а число сертифицированных медсестер в период с 1980 по 1990 год возросло с 3,5 на 1000 до 5,2 на 1000, в течение какого-то времени оставалось неизменным, а затем, несколько сократившись в период 1990-1995 годов, в 1996 году упало до 4,5 на 1000 жителей.

Таблица 18. Число врачей по состоянию на 30 сентября каждого года, 1991 и 1996 годы

	1991 год	1996 год	Темпы роста, процентов в год
<b>Все дипломированные врачи Соединенного Королевства</b>			
Больничные консультанты	16 770	19 940	3,5
Старшие врачи без ограничения полномочий <sup>1</sup>	26 230	27 490	0,9
Врачи-ассистенты <sup>2</sup>	21 820	23 740	1,7
Другие больничные врачи и врачи системы общинного здравоохранения <sup>3</sup>	5 530	4 880	-2,5
Другие врачи системы общего медицинского обслуживания <sup>4</sup>	2 330	2 180	-1,3
<b>Итого</b>	<b>72 670</b>	<b>78 230</b>	<b>1,5</b>
<b>Врачи, получившие диплом в заморских департаментах или других странах Европейской экономической зоны</b>			
Больничные консультанты	2 810	3 740	5,9
Старшие врачи без ограничения полномочий	5 400	5 700	1,1
Врачи-ассистенты	8 110	10 610	5,5
Другие больничные врачи и врачи системы общинного здравоохранения	2 640	3 790	7,5
Другие врачи системы общего медицинского обслуживания	480	540	2,3
<b>Итого</b>	<b>19 450</b>	<b>24 390</b>	<b>4,6</b>
<b>Все врачи <sup>5</sup></b>			
Больничные консультанты	19 580	23 680	3,9
Старшие врачи без ограничения полномочий	31 630	33 190	1,0
Врачи-ассистенты	29 930	34 360	2,8
Другие больничные врачи и врачи системы общинного здравоохранения	8 170	8 660	1,2
Другие врачи системы общего медицинского обслуживания	2 810	2 730	-0,6
<b>Всего <sup>6</sup></b>	<b>92 120</b>	<b>102 610</b>	<b>2,2</b>

Источник: Министерство здравоохранения, 1997 год, *Planning the Medical Workforce - доклад Постоянного консультативного комитета по медицинским кадрам*

Примечания:

<sup>1</sup> Старшие врачи без ограничения полномочий (по положению на 1 октября) в системе общего медицинского обслуживания.

<sup>2</sup> Термин «врач-ассистент» относится к ступеням подготовки больничного персонала (специализирующиеся стажеры-практиканты, старшие ординаторы и предрегистрационные ординаторы).

<sup>3</sup> Категория «других больничных врачей и врачей системы коммунального здравоохранения» включает штатных врачей, ассистентов-специалистов и врачей системы общинного здравоохранения, не включая при этом больничных врачей и клинических ассистентов, поскольку большинство из них относится к категории врачей общей практики.

<sup>4</sup> Категория «других врачей системы общего медицинского обслуживания» включает стажеров-практикантов общего профиля на этапе стажировки, а также старших врачей с ограниченными полномочиями, ассистентов и помощников в Шотландии.

<sup>5</sup> Категория «все врачи» отражает общее число врачей, независимо от места получения диплома.

<sup>6</sup> Все числа округлены до ближайшего десятка. Некоторые суммарные показатели могут не совпадать с суммой итоговых значений в соответствующей колонке в результате округления.

Таблица 19. Медицинский персонал (на 1000 жителей), 1980–1996 годы

	1980 г.	1985 г.	1990 г.	1991 г.	1992 г.	1993 г.	1994 г.	1995 г.	1996 г.
Работающие врачи-терапевты	1,3	1,4	1,5	1,5	1,5	1,5	1,6	-	-
Работающие стоматологи	0,3	0,4	0,4	0,4	0,4	0,4	0,4	0,4	0,4
Дипломированные медсестры	3,5	4,1	5,2	5,2	5,2	5,1	5,0	5,0	4,5
Работающие фармацевты	-	-	0,6	0,6	0,6	0,6	-	-	-

Источник: Данные ОЭСР по здравоохранению, 1998 год (20).

## **Фармацевтические препараты и оценка технологий в области здравоохранения**

### **Фармацевтические препараты**

По международным нормам уровень потребления фармацевтических препаратов в Соединенном Королевстве является сравнительно низким. В 1996/1997 годах в Англии через ГСЗ было отпущено лекарств менее чем по 500 млн. рецептов (около 600 млн. по всему Соединенному Королевству), что составило примерно 10 рецептурных отпусков на одного человека в Англии (показатель по Соединенному Королевству, как правило, выше). Такой уровень выписки рецептов на 30-80% ниже, чем соответствующие цифры по другим европейским странам, в частности Германии, Италии и Франции. Вместе с тем, уровень потребления лекарств в Соединенном Королевстве повышается. В период между 1986/1987 и 1996/1997 годами число отпущенных по рецептам лекарств увеличилось в Англии приблизительно на 40%.

Вопрос о долевом участии в погашении расходов на фармацевтические препараты рассматривается в разделе «Дополнительные источники финансирования». Ознакомление с данным вопросом позволяет сделать вывод, что со временем расходы на лекарства, отпускаемые по рецептам, существенно возросли, однако, благодаря широко применяемому освобождению от уплаты, в настоящее время оплате подлежит лишь около 14% рецептурных лекарств. Это означает, что большая часть стоимости лекарств, отпускаемых по рецептам ГСЗ, которая в реальном исчислении за десятилетний период, закончившийся 1996/1997 годами, увеличилась более чем на 70%, покрывается за счет центрального правительства.

В 1993 году список фармацевтических препаратов, на которые могли выписываться рецепты через ГСЗ, насчитывал приблизительно 1500 наименований. Однако с 1985 года существует так называемый ограниченный список (негативный перечень), в который не включены некоторые наименования из перечня ГСЗ по причине их низкой лечебной ценности или чрезмерной стоимости.

В последние годы правительство выступило с рядом инициатив, направленных на установление контроля за ростом стоимости фармацевтических препаратов и поощрение выписки лекарств, эффективных с точки зрения их стоимости. В начале 90-х годов для врачей общей практики была введена система индикативных рецептурных бюджетов. Эти бюджеты использовались независимыми медицинскими консультантами на местном уровне для оказания воздействия на врачей, выписывающих повышенное количество рецептов. Кроме того, бюджеты, предназначенные для погашения стоимости выписываемых лекарств, были включены в бюджеты распорядителей средств в рамках общей врачебной практики, и, таким образом, у распорядителей средств появился стимул для более эффективного их использования при выписке лекарств. С апреля 1999 года в рамках общенационального группового плана оказания первичной медико-санитарной помощи рецептурные бюджеты, предназначенные для всех систем оказания медицинской помощи общего профиля, будут слиты с больничными и коммунальными бюджетами здравоохранения и фондами наличных средств.

Широко пользующаяся результатами научных исследований, фармацевтическая промышленность Соединенного Королевства хорошо развита и вносит существенный вклад в экспортные показатели. Начиная с 1957 года, доходы отрасли регулируются через экспериментальную систему регулирования цен на фармацевтические препараты (СРЦФ). Цель системы заключается в достижении баланса между потребностями ГСЗ и нуждами отрасли, зависящей от научных разработок. Проведены переговоры в отношении новой СРЦФ между департаментами здравоохранения Соединенного Королевства и представителями фармацевтической промышленности. Закон о здравоохранении 1999 года дает возможность вводить устанавливаемые законом цены и контролировать доходы тех компаний, которые не присоединились к добровольной системе. Ожидается также, что ведущую роль в разработке рекомендаций по рентабельному использованию фармацевтических средств в ГСЗ будет играть недавно созданный Национальный институт совершенствования клинической практики.

Пока же поддержку медицинским и фармацевтическим советникам через информационные бюллетени и другие каналы будет по-прежнему оказывать Национальный рецептурный центр и Вспомогательный рецептурный центр.

### **Оценка технологий в области здравоохранения**

В настоящее время действует программа оценки национальных технологий в области здравоохранения (НТЗ), которая финансируется в рамках программы исследований и разработок ГСЗ. Последняя была принята в 1993 году и ставит перед собой цель

*наиболее эффективного обеспечения пользователей, руководителей и работников ГСЗ высококачественной исследовательской информацией о расходах, эффективности и более широком значении технологий в области здравоохранения.*

С начала осуществления программы в ее рамках на осуществление приблизительно 180 исследовательских проектов было выделено более 39 млн. фунтов стерлингов. К числу областей, в которых велась работа, относятся выявление случаев послеродовой депрессии, стратегии лечения синдрома хронической усталости, диагностирование глаукомы, телемедицина и удовлетворение требований пациента. В рамках программы НТЗ будет оказана поддержка Национальному институту совершенствования клинической практики (НИСКП), который призван играть существенную роль в ориентации исследований и распространении информации об их результатах. НИСКП будет также получать информацию от подразделения «горизонтального сканирования» в университете Бирмингема. Это подразделение будет отвечать за поиск новых технологий, которые, по всей видимости, будут оказывать влияние на функционирование ГСЗ, с целью поощрения их оценки и получения подтверждения их клинической эффективности и рентабельности.

## Распределение финансовых ресурсов

### Подготовка бюджета третьей стороны и распределение ресурсов

#### Бюджет ГСЗ

**Б**юджет ГСЗ готовится ежегодно в рамках общего процесса планирования государственных расходов. Как описывалось в разделе «Основная система финансирования и сферы охвата», до недавнего времени министры из бюджетных министерств представляли заявки на расходы на следующий финансовый год в Министерство финансов. После процесса консультаций и переговоров Министерств финансов определяло общую сумму расходов по каждому министерству. Хотя это и был чрезвычайно эффективный метод контроля за краткосрочными расходами, эта процедура подвергалась критике из-за того, что она мешает более долгосрочному планированию расходов. В прошлом году впервые были объявлены общие суммы расходов на последующие три года. Это решение было принято в результате широкого всеобъемлющего обзора расходования средств, при котором были учтены многочисленные аспекты государственных расходов и их планирования.

После объявления общего бюджета Министерство здравоохранения определяет распределение ассигнований между двумя главными секторами здравоохранения: а именно, «больничными службами и общинными службами здравоохранения» и «службами охраны здоровья семьи». Как видно из названия, первые охватывают службы экстренной медицинской помощи и общинные больничные службы, тогда как вторые – первичную медико-санитарную помощь. (Примечание: ассигнования Министерства здравоохранения относятся к Англии; отдельные ассигнования производятся в Шотландии, Уэльсе и Северной Ирландии. Стоит также отметить, что в результате нескольких предпринимаемых в настоящее время стратегических инициатив за счет разработки комплексных бюджетов размывается различие между бюджетами для вторичной и первичной медико-санитарной помощи.)

#### Бюджеты для больничных служб и общинных служб здравоохранения

После расчета общего бюджета для больничных служб и общинных служб здравоохранения производится выделение средств для региональных органов здравоохранения. История применения текущего взвешенного подушного подхода к региональным ассигнованиям берет свое начало с доклада Рабочей группы по ассигнованиям ресур-



сов (РГАР) 1976 года. Эта Группа вывела формулу для распределения бюджетов среди регионов на основе численности их населения, состава по возрастно-половому признаку, показателей заболеваемости (с использованием стандартных показателей смертности в качестве точки отсчета) и неизбежных географических различий в стоимости услуг.

Первоначальная формула РГАР проявила существенные несоответствия между регионами в плане отличия их фактических ассигнований от их целевых ассигнований (на основе формулы). В частности, предместья Лондона попали в число существенно «перефинансированных», тогда как регионы на севере оказались «недофинансированными». В период 1977–1985 годов формула РГАР использовалась для сокращения расходов в целевых объемах расходования средств и установления большей степени равенства между регионами.

К 1985 году правительство постановило, что несоответствия, связанные с региональными целями, были в основном искоренены и что формула РГАР требует определенной доработки. Соответственно, было принято решение о пересмотре формулы. В результате этого пересмотра были внесены коррективы, которые в основном привели к уменьшению значения, придаваемого различиям в основанном на потребностях компоненте, то есть в стандартизированных относительных показателях смертности.

В 1990 году в ожидании введения «внутрирыночного здравоохранения» формула РГАР была заменена альтернативной взвешенной подушной формулой, хотя принципы формулы РГАР были сохранены. Еще об одном пересмотре, который был осуществлен группой из Йоркского университета, сообщалось в 1994 году. Работа этой группы – основывавшаяся на самом современном на сегодняшний день эконометрическом моделировании – отличалась от ранее использовавшихся подходов за счет включения более широкого спектра показателей состояния здоровья населения и социальных факторов в основанном на потребностях компоненте. Так, меры в отношении состояния здоровья включали распространенность ограничивающих дееспособность хронических заболеваний и число младенцев с низкой массой тела при рождении, тогда как социальные факторы включали уровни безработицы и численность домашних хозяйств, состоящих из одного престарелого. Хотя не все рекомендации Йоркской группы были приняты правительством, ее работа формирует главную основу существующей системы выделения средств регионам.

Ассигнования региональных органов здравоохранения районным органам основывались на целом ряде подходов. Большинство регионов используют один из вариантов национальной формулы ассигнований, но склонны корректировать ее в свете традиционных ассигнований и местных условий. В период 90-х годов задача субрегиональных ассигнований усложнилась с появлением большого числа покупателей услуг. Это потребовало ассигнований не только районным органам здравоохранения, но и распорядителям средств ВОП и экспериментальным участкам полной оплаты услуг. Хотя и существовало общее согласие относительно целесообразности базирования всех этих ассигнований на взвешенных подушных формулах, надежные формулы для применения в случае небольшой численности населения в целом отсутствуют. По существу, в большинстве случаев ассигнования определялись с учетом сложившейся практики в отношении расходов и деятельности.

## **Бюджеты служб охраны здоровья**

Хотя принцип взвешенного подушного финансирования вполне устоялся в отношении больничных служб и служб общинного здравоохранения, в отношении служб охраны здоровья семьи, отвечающих за финансирование первичной медико-санитарной помощи в различных частях страны, такого подхода разработано не было. В результате существуют значительные расхождения в расходах на душу населения между районами действия служб охраны здоровья семьи. Кроме того, как представляется, эти расхождения не отражают различий между службами, основанными на потребностях, больничными службами и службами общинного здравоохранения.

В будущем можно ожидать, что образование групп первичной медико-санитарной помощи приведет к большей последовательности в финансировании первичной медико-санитарной помощи по мере разработки формул для бюджетных ассигнований. Однако в краткосрочном плане ожидается, что большая часть ГПМСП будет иметь средства, выделяемые им органами здравоохранения на основе сложившейся деятельности и расходов.

Диаграмма 17 демонстрирует движение средств в рамках системы здравоохранения Соединенного Королевства по состоянию на 1 апреля 1999 года. Однако по мере дальнейшего внедрения новой системы организации и финансирования эта модель будет меняться. Так, например, ожидается, что ГПМСП могут в будущем превратиться в трасты первичной медико-санитарной помощи и непосредственно нанимать медицинский персонал.

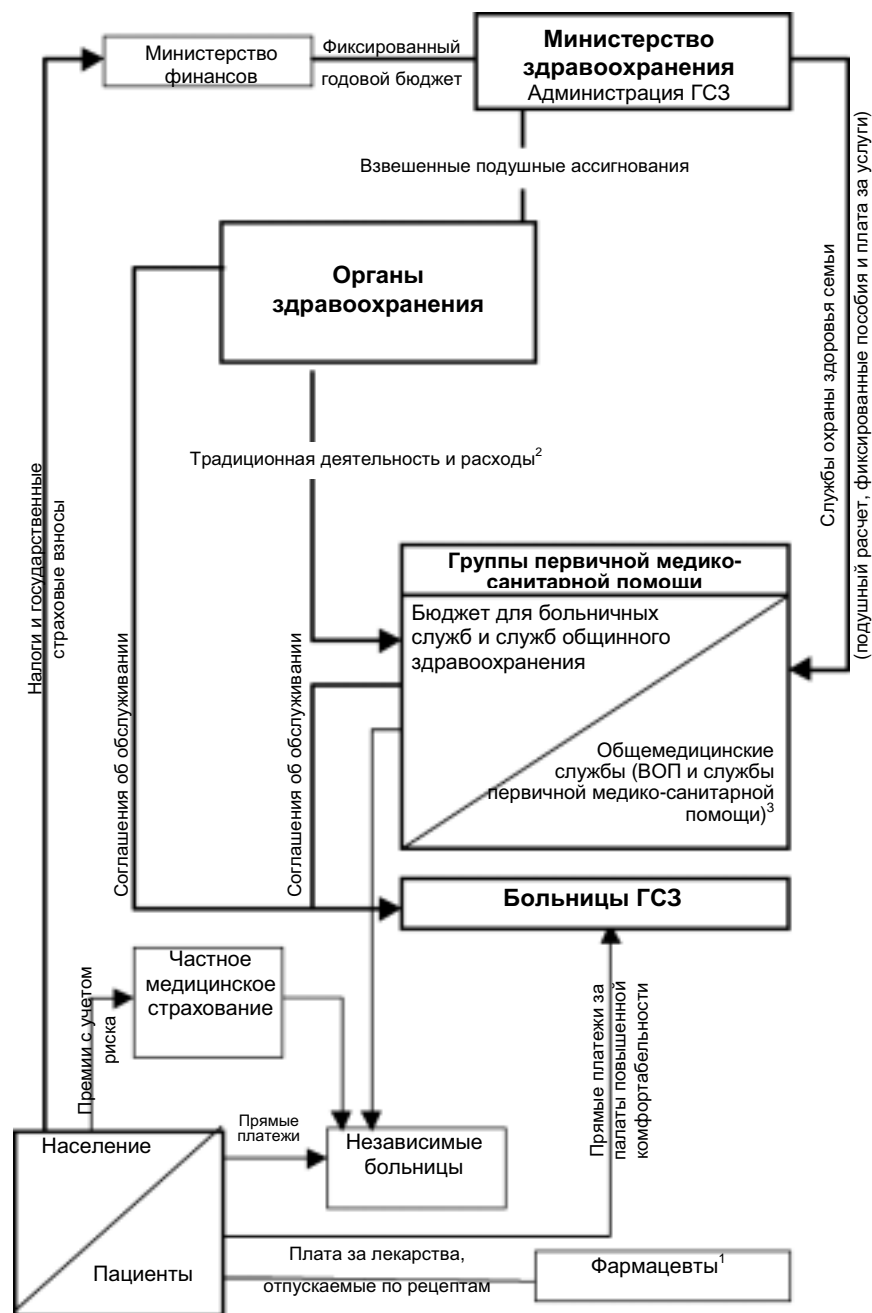
## **Оплата больниц**

В настоящее время происходит реформирование методов, используемых для оплаты больниц. В данном разделе мы описываем основную меру по переходу на контрактную систему, которая была принята в 90-х годах – меру, которая в настоящее время пересматривается.

В рамках реформ 1991 года была введена контрактная система, по которой средства передавались от покупателей услуг (то есть, районных органов здравоохранения и распорядителей средств ВОП) больницам и другим поставщикам услуг. В контрактах оговаривается, какие услуги и на каких условиях будут предоставляться. Первоначально было три типа контрактов: блок-контракты, контракты с учетом затрат и объема и контракты с учетом затрат в каждом конкретном случае.

В блок-контрактах определяется доступ пациентов системы учреждений Министерства здравоохранения к спектру услуг в обмен на определенную сумму денег. В такие контракты часто включалась та или иная форма соглашения об ориентировочной рабочей нагрузке. Отсутствие информации о более подробных контрактных услугах использовалось для оправдания блок-контрактов, по которым больницам предоставлялась гарантированная сумма денег в обмен на соглашение о широком диапазоне услуг. Они рассматривались главным образом в качестве механизма создания новой системы финансирования больниц.

**Диаграмма 17. Диаграмма движения финансовых средств**



<sup>1</sup> Возмещение расходов фармацевтов производится Управлением по тарификации рецептов – специальным органом Министерства здравоохранения. См. раздел «Оплата специалистов здравоохранения».

<sup>2</sup> Пока еще не полностью ясно, на какой основе ГПМСП будут выделяться средства органами здравоохранения. Ожидается, что первоначально это будет производиться на основе традиционной деятельности и расходов, однако существуют планы по разработке местных формул выделения средств.

<sup>3</sup> Большинство больниц ГСЗ имеет возможность за дополнительную плату предоставлять пациентам более качественное обслуживание в так называемых «палатах повышенной комфортабельности».

В контрактах с учетом затрат и объема указывается, что предоставляющие медицинские услуги учреждения обеспечат определенное число курсов лечения или об-

служат определенное число пациентов по согласованной цене. В них допускается более конкретное описание оказываемых услуг, чем это делается, как правило, в блок-контрактах. Больше внимание уделялось услугам, определяемым «конечным результатом» (т. е. прошедшими лечение пациентами), а не «затратами» (т. е. предоставленными услугами). Если количество пациентов превышало количество, предусмотренное в соглашении с учетом затрат и объема, то обслуживание дополнительных пациентов зачастую оплачивалось на индивидуальной основе.

Контракты с учетом затрат в каждом конкретном случае разрабатывались на уровне конкретного пациента. Так, деятельность и затраты были явно привязаны друг к другу. Поскольку эти контракты предусматривали значительный объем операционных издержек, органы здравоохранения предпочитали использовать контракты с учетом затрат в каждом конкретном случае в качестве остаточной категории для оплаты курсов лечения, которые не подпадают под их блок-контракты и контракты с учетом затрат и объема. Они использовались для оплаты направления пациентов в больницы, с которыми данный орган здравоохранения не имел перспективного контракта, так называемые «внеконтрактные направления к врачам-специалистам». Многие услуги, которые покупали распорядители средств ВОП, также основывались на контрактах с учетом затрат в каждом конкретном случае.

Первоначально от этой контрактной системы ожидалось, что по мере ее совершенствования произойдет переход от блок-контрактов к контрактам с учетом затрат и объема работ и/или контрактов с учетом затрат в каждом конкретном случае. Однако на практике сформировалась новая форма контрактов, так называемые «сложные блок-контракты». Как правило, в них участвует покупатель, выплачивающий больнице согласованную по контракту сумму за доступ к определенному кругу услуг или аппаратуры. Однако, если фактические работы выйдут за рамки оговоренных нижнего и верхнего пределов, то вместе с согласованными механизмами дальнейших действий в контракт будут включаться и ориентировочные плановые или пороговые показатели обслуживания пациента с указанием нижнего и верхнего пределов. Эти меры могли бы включать дополнительную работу по оценке данных или дальнейшие переговоры.

Обзор районных органов здравоохранения, проведенный в 1994/1995 годах показал, что 69% их основных контрактов с больницами скорой медицинской помощи были в форме сложных блок-контрактов, 25% - контракты с учетом затрат и объема работ и 5% - контракты с учетом затрат в каждом конкретном случае.

Фактические суммы денег, согласованные по этим контрактам, основывались на целом ряде подходов. В проработке контрактов большую роль играли традиционные обоснования о суммах средств, необходимых для финансирования определенного объема работ. Со временем большое внимание стало уделяться совершенствованию практики расчета затрат на больничные услуги, с тем чтобы контрактные цены могли более точно отражать затраты на те или иные конкретные периоды лечения. В рамках этих усилий Управление классификации заболеваний ГСЗ разрабатывала серию «групп по состоянию здоровья», которые являются британским эквивалентом групп по диагнозу в США. В то же время развитие рыночной системы означало, что «переговорные» способности и возможности конкретных покупателей и поставщиков услуг также играли свою роль в определении сумм денег, получаемых больницами.

В плане аналитических категорий, используемых для классификации систем оплаты больничных услуг в международных исследованиях, контрактную систему ГСЗ можно описать как смешанную схему с использованием глобальных бюджетов с элементами платежей с учетом затрат в каждом конкретном случае. В некоторых более сложных схемах имели место также платежи, связанные с продолжительностью периода госпитализации.

Введенная в 1991 году система заключения контрактов была частью более широкой инициативы со стороны правительства того времени по переходу с системы, основанной на иерархической структуре, к системе, основанной на договорных взаимоотношениях. Она представляла собой крупный культурный сдвиг применительно к ГСЗ и означала, что значительный объем времени работников руководящего звена посвящался ежегодным задачам подготовки, осуществления и контроля за исполнением контрактов. Нынешнее правительство считает, что управленческие издержки, связанные с процессом заключения контрактов, были неоправданными, и находится в процессе его замены системой, основанной на более долгосрочных соглашениях об обслуживании. В данном подходе сохранится различие между заказчиками (покупателями) и поставщиками услуг, однако он будет направлен на сокращение операционных издержек за счет внедрения трехлетних соглашений. Он также направлен на перенесение центра внимания с объемов затрат и работ на критерий, основанный на качестве обслуживания. Эти новые рамки оценки работы, о чем говорилось ранее, являются частью этой смены направленности.

## **Оплата услуг медицинского персонала**

### **Врачи**

В случае врачей общей практики и больничных врачей применяются отдельные системы платежей.

#### **Врачи общей практики (ВОП)**

Врачи общей практики заключают контракт с ГСЗ на оказание общих медицинских услуг. Условия этого контракта обсуждаются в национальных масштабах Комитетом по общемедицинским службам, который представляет ВОП в Британской медицинской ассоциации, и Министерством здравоохранения. Фактическая система платежей, оговариваемая в национальном контракте, представляет собой комбинацию фиксированных пособий, подушных сборов и сборов за ряд конкретных услуг.

ВОП являются независимыми, работающими не по найму подрядчиками ГСЗ, которые оказывают общемедицинские услуги (ОМУ). Механизм взаимоотношений определяется законом, а условия оказания услуг (УОУ), выплачиваемые вознаграждения и пособия определяются министром после консультаций с представителями отрасли – Комитетом врачей общей практики (КВОП), который представляет ВОП в Британской медицинской ассоциации.

## **Система вознаграждения ВОП**

ВОП оплачиваются ГСЗ в качестве независимых, работающих не по найму профессиональных специалистов в соответствии с принципом «стоимость-плюс». Получаемая ими оплата охватывает как их расходы («стоимость») на оказание ОМУ, так и чистый доход за работу («плюс»). Этот уровень доходов ежегодно анализируется Контрольным комитетом врачей и стоматологов (ККВС), который затем вырабатывает рекомендации для принятия решения правительством.

Таким образом, ВОП не получают оклад, а оплачиваются через систему платежей, которые должны обеспечить определенный уровень доходов среднего ВОП. Текущая система платежей состоит из следующих основных элементов:

*Подушные комиссионные* – ежегодное вознаграждение, выплачиваемое за каждого прикрепленного пациента и составляющее чуть более половины валового дохода от вознаграждений и пособий. Они стимулируют ВОП к оказанию высококачественных услуг, что привлекает и удерживает пациентов.

*Пособия* – второй по величине элемент валового дохода от вознаграждений и пособий для среднего ВОП. Они включают базовое пособие на практику, выплачиваемое в признание основных или постоянных затрат, понесенных при создании и поддержании врачебной практики.

*Выплаты за пропаганду здорового образа жизни* – включают выплаты за осуществление программ пропаганды здорового образа жизни и борьбы с хроническими болезнями, а также за достижение высоких целевых показателей в охвате детей иммунизацией и цитологическими исследованиями.

*Выплаты за конкретные услуги* – выплачиваются каждый раз, когда ВОП оказывают определенные услуги, например услуги по контрацепции. По определению эти выплаты зависят от объема работы.

Таким образом, для отдельных ВОП сумма получаемых ими доходов от комиссионных и пособий будет зависеть от числа прикрепленных пациентов, независимо от того, имеют ли они право на конкретные вознаграждения и пособия, и независимо от количества и объема проведенных процедур и достигнутых показателей.

Внедрение института распорядителей средств ВОП и последующие варианты, такие как полная оплата услуг, не повлияли на получение ВОП личных доходов. Бюджеты распорядителей средств предназначались для оплаты больничных и коммунальных услуг и не могли использоваться для пополнения доходов ВОП. Предлагаемые в рамках этой схемы финансовые стимулы принимали форму контроля за использованием бюджетов на оказание помощи пациентам, а не форму личного финансовогоощрения.

## **Экспериментальные проекты персональных медицинских услуг (ПМУ)**

С 1 апреля 1998 года в соответствии с положениями Закона о ГСЗ 1997 года (первичная медико-санитарная помощь) был создан ряд экспериментальных участков, что

дало органам здравоохранения возможность заключать контракты непосредственно с ВОП на местной основе. Они представляют собой альтернативу национальному контракта ВОП, что дает специалистам первичной медико-санитарной помощи возможность опробовать различные концепции оказания ОМУ.

В результате этих изменений появляется возможность изучения потенциально радикальных изменений в системе оплаты ВОП. Они не только позволяют местное определение контрактов, в том числе и уровни оплаты, но и дают возможность объединять бюджеты для закупки больничных услуг и для установления окладов для ВОП.

### **Группы первичной медико-санитарной помощи (ГПМСП) и трасты первичной медико-санитарной помощи (ТПМСП)**

Как отмечалось ранее, все ВОП были приписаны к группам первичной медико-санитарной помощи в апреле 1999 года, а некоторые вступят в трасты первичной медико-санитарной помощи в апреле 2000 года. Однако членство в ГПМСП и ТПМСП не затрагивает статус независимого подрядчика ВОП, которые продолжают работать не по найму.

### **Больничные врачи**

В отличие от ВОП, больничные врачи работают непосредственно в ГСЗ на окладе. Фактические размеры их окладов определяются правительством ежегодно с учетом рекомендаций Контрольного комитета по заработной плате врачей и стоматологов. Помимо их заработков по линии ГСЗ, штатным консультантам ГСЗ (то есть старшим специалистам) разрешено зарабатывать до 10% от их общего дохода за счет частной практики. Тем консультантам, которые предпочитают внештатную работу по контрактам, разрешено заниматься частной практикой без ограничений их доходов, если они один раз в неделю работают на ГСЗ бесплатно.

В Соединенном Королевстве прошло широкое обсуждение вопроса о возможности «развращающего» влияния на консультантов ГСЗ сочетания частных доходов и заработка по линии ГСЗ. В частности утверждалось, что частные заработки могут привести как к сокращению рабочего времени в рамках ГСЗ, так и к снижению интереса к ней. Однако, несмотря на распространенность подобных утверждений, бесспорных доказательств этому немного.

Помимо своих основных выплат, отдельные больничные консультанты получают премии за заслуги, которые присуждаются коллегами в процессе оценки. Эти премии подпадают под другую категорию и могут представлять собой существенную добавку к базовым окладам в рамках ГСЗ. Система премий за заслуги подвергалась последнее время определенной критике за то, что она в слишком большой степени основывается на показателях научной работы и уделяет мало внимания медицинским показателям. В результате в настоящее время проводится пересмотр всей системы.

Врачи получают гонорары за частные консультации и работу либо непосредственно от пациента, расходы которого могут затем возмещаться частной страховой компанией, если он застрахован, либо от частной больницы/клиники, которая пользовалась их услугами.

### **Частная врачебная практика**

По оценкам, в Соединенном Королевстве насчитывается 17 100 консультантов, оказывающих частные специализированные услуги (1992 год). Штатным врачам ГСЗ разрешена частная практика. Однако они могут получать из этого источника не более 10% своих общих доходов. Врачам же ГСЗ, в максимальной степени работающим по внештатным контрактам, частная практика разрешена без ограничений. Взамен они обязаны отказаться от одной одиннадцатой части своего оклада в рамках ГСЗ.

В сфере первичной медико-санитарной помощи частная практика мало распространена. Согласно отчетам ВОП, представленным в Общем обзоре домашних хозяйств, только 3% консультаций ВОП приходится на частный сектор. Существует порядка 200 занимающихся исключительно частной практикой ВОП в Соединенном Королевстве, большая часть которых приходится на Лондон. Главная причина отсутствия каких-либо изменений в данной области заключается в том, что контракты не позволяют ВОП принимать пациентов, включенных в их списки ГСЗ, частным образом и выписывать рецепты ГСЗ, а в настоящее время существует мало планов страхования, покрывающих первичную медико-санитарную помощь. Рост в данной области может произойти в зависимости от успеха в работе амбулаторий (см. «Частная первичная медико-санитарная помощь» в разделе, посвященном «Первичной медико-санитарной помощи и системе общественного здравоохранения»). Другие возможности, рассматриваемые в порядке эксперимента, заключаются в размещении кабинетов общей практики в частных больничных комплексах и оказании частных услуг ВОП с оплатой компаниями.

### **Стоматологи**

По состоянию на 31 марта 1997 года в Общей стоматологической службе ГСЗ работало 12 209 стоматологов. Эти стоматологи работают на ГСЗ, но могут заниматься и частной практикой. Оплата их труда в рамках ГСЗ производится на основе валового гонорара за единицу услуги. Это вознаграждение включает их личный доход и смежные расходы. Относительность гонораров за оказание различных услуг отражает затраченное время и соответствующие прямые расходы.

Контрольный комитет по заработной плате врачей и стоматологов отвечает за сбор данных и выработку ежегодных рекомендаций правительству для корректировки шкалы гонораров. В последние годы делались попытки пересмотреть ассортимент предлагаемых услуг (например, больший объем профилактической работы, больший упор на услуги для детей) путем корректировки шкалы гонораров.

Из-за недовольства уровнем гонораров в рамках ГСЗ многие стоматологи увеличивают объем частной практики. Британская ассоциация стоматологов утверждает, что в период 1994/1995 годов на частную практику в среднем приходилось чуть более 14% доходов стоматологов и что эта доля со временем возрастает за счет сокращения объема работы в ГСЗ.

### **Районные аптекари**



Районные аптекари представляют рецепты ГСЗ Управлению тарификации фармацевтических препаратов (УТФП), которое является специальным органом здравоохранения, созданным Министерством здравоохранения. Они получают фиксированные коммиссионные в размере примерно 95 пенсов за единицу в отношении большинства рецептов, по которым они отпускают препараты. Кроме того, аптеки, отпускающие более 1600 единиц препаратов в месяц, имеют право на профессиональное пособие порядка 17000 фунтов стерлингов в год. Аптеки, обслуживающие от 1100 до 1600 рецептов в месяц, получают профессиональное пособие соответственно меньших размеров. Аптеки, не получающие полного(или никакого) профессионального пособия, имеют право на субсидии в рамках Основной программы для мелких аптек.

Аптекам возмещается средняя чистая стоимость приобретаемых ими лекарств.

Изготовители представляют прайс-листы в УТФП ежегодно, и эти прайс-листы служат основой для возмещения расходов. Любые доходы, полученные непосредственно аптекарем в оплату рецепта, вычитаются из возмещаемой суммы. Любые лекарства, включенные в справочник тарифов на лекарства, составляемый Министерством здравоохранения, должны отпускаться под родовыми названиями, поскольку их стоимость будет возмещаться фармацевту лишь в пределах, указанных в справочнике.

### **Медицинские сестры, акушерки и представители смежных с медициной специальностей**

Отдельный контрольный орган делает рекомендации правительству для ежегодного повышения заработной платы медицинских сестер, акушерок и лиц, работающих по специальностям, смежным с медициной (включая специалистов по трудотерапии, рентгенологов, физиотерапевтов и т. д.).

До 1988 года структура продвижения по службе медицинских сестер и патронажных работников оставалась по сути неизменной после создания ГСЗ. Каковы бы ни были ее первоначальные достоинства, эта система не смогла адаптироваться к значительным изменениям в деятельности среднего медицинского персонала, которые произошли за сорокалетний период. Особое беспокойство вызывало то, что она не смогла обеспечить структуру продвижения по службе, в которой поощрялись бы клиническая квалификация и выполняемые обязанности. В результате многие медицинские сестры обнаружили, что единственным способом для них подняться вверх по служебной лестнице является полностью отказаться от работы, связанной с непосредственным уходом за пациентами.

Для решения этой проблемы в 1988 году была введена новая структура клинической градации специалистов, которая предусматривала вознаграждение за профессионализм и обязанности сестер по уходу за пациентами. В этой структуре было 9 ступеней: от А, куда относился младший медицинский и вспомогательный персонал, до ступени I, куда относились руководители подразделений, несущие общую ответственность за клинический уход вместе с ответственностью за бюджетные, кадровые вопросы и вопросы планирования.

Высказывалась надежда, что эта система поможет преодолеть вечные проблемы, связанные с наймом и сохранением среднего медицинского персонала. Хотя принцип

обеспечения продвижения по службе в целом приветствовался, проблемы с наймом и удержанием на работе остались.

Новые предложения о модернизации системы оплаты в ГСЗ в целом изложены в документе «Agenda for Change-Modernising NHS Pay» («План модернизации и изменений в системе оплаты в ГСЗ»), который был опубликован правительством 15 февраля 1999 года.

Для медицинских сестер, акушерок и патронажных работников предлагается новая структура продвижения по службе с целью замены существующей системы клинической градации. Она направлена на обеспечение лучших условий для продвижения по службе и на более справедливое вознаграждение за приобретение новых навыков, взятие на себя большей ответственности и за коллективную работу. Предусматриваются три широкие гибкие категории – дипломированные медицинские сестры, более высокая категория медицинских сестер-экспертов и старших медицинских сестер в стационарах, еще более высокая категория медицинских сестер-консультантов, а также четвертая категория, куда войдет младший медицинский и вспомогательный персонал. Для каждой из этих категорий будет существовать четкий минимальный уровень оплаты, который будет устанавливаться в национальных масштабах. Ожидается, что эти предложения позволят улучшить продвижение по служебной лестнице и обеспечат четкую основу для справедливой оценки квалифицированного персонала этой категории. Эти изменения зависят от достижения соглашения с профсоюзами и профессиональными организациями.

В феврале 1999 года министр здравоохранения объявил о существенном повышении начальной заработной платы для только что окончивших учебные заведения медицинских сестер с целью привлечения к работе по этим профессиям большего числа желающих.

## Реформа системы здравоохранения

### Цели и задачи

**В** период 1989-1999 годов ГСЗ претерпела беспрецедентные изменения. Начало этим радикальным, построенным на рыночных принципах реформам было положено в 1991 году правительством консерваторов, опиравшемся на Закон о ГСЗ и общинном здравоохранении. В результате этих реформ к 1998 году были осуществлены многие преобразования. После победы на выборах Лейбористской партии в 1997 году был провозглашен новый политический курс. В настоящее время проводится осуществление этих программных преобразований. Ниже рассматриваются факторы и цели, которые стимулировали проведение ряда реформ, начатых правительством консерваторов, а затем анализируются реформы, проводящиеся в настоящее время правительством лейбористов.

Программа реформ правительства консерваторов была изложена в опубликованной в январе 1989 года белой книге Трудясь на благо пациентов. В ней предлагалась программа радикальных реформ, которая затем была закреплена в Законе о ГСЗ и общинном здравоохранении 1990 года. Благодаря именно этому закону в ГСЗ были привнесены принципы внутреннего или квази-рынка. Судя по всему, время и характер преобразований были выбраны под воздействием комбинации целого ряда факторов.

Толчком послужил финансовый кризис, разразившийся зимой 1987 года, который побудил премьер-министра Маргарет Тэтчер учредить представительную правительственную комиссию по вопросу о реорганизации ГСЗ, которую она и возглавила. Первоначально комиссия сконцентрировала внимание на альтернативных путях финансирования ГСЗ, которые предотвратили бы хронические финансовые кризисы, лихорадившие ГСЗ. Однако вскоре стало ясно, что существующий метод централизованного финансирования за счет налоговых поступлений был особенно эффективным для сдерживания роста расходов на здравоохранение. По этой причине в Соединенном Королевстве, в отличие от других стран, не произошло резкого повышения расходов. Поэтому правительство не торопилось менять механизмы финансирования. В итоге внимание было переключено на методы организации, управления и обслуживания.

В рамках этого нового подхода на первый план выдвинулся более широкий ряд соображений. В 80-е годы лейтмотивом микроэкономической политикой правительства был тезис о более высокой эффективности частного сектора. Главный аргумент в пользу этого тезиса заключался в том, что конкуренция, в условиях которой действу-

ют частные фирмы, создает необходимую стимулирующую структуру, позволяющую добиться более высокой эффективности. Таков был официальный аргумент, которым обосновывались все предыдущие программы приватизации. По существу, был установлен твердый курс на организационную систему, которую, при соответствующем изменении, можно было применить к ГСЗ. В результате этого в деятельность ГСЗ были внедрены принципы внутреннего рынка, причем утверждалось, что конкуренция между поставщиками услуг позволит повысить эффективность, расширить выбор и улучшить качество услуг.

В последствии стали действовать и другие факторы. Скоро стало ясно, что для выполнения общих социальных задач системы здравоохранения требовалось жесткое регулирование этого рынка, чтобы создать систему управляемой или контролируемой конкуренции. Эта тенденция усилилась на политическом уровне, когда непопулярность жесткого рыночного курса среди населения и многих работников здравоохранения заставила последующие правительства отойти от активной ориентации на рынок. Одновременно с этим неожиданно высокие темпы роста и увеличения количества держателей фондов общей практики заставили правительство уделять растущее внимание моделям закупок, основанным на первичной медицинской помощи, и сделать упор на ГСЗ, основанной на первичной медицинской помощи.

В 90-е годы Лейбористская партия, находясь в оппозиции, резко критиковала правительство консерваторов за рыночный подход. Особенно резкой критике подверглись несправедливый, по утверждениям лейбористов, характер системы, в частности, неодинаковую помощь, которую получали пациенты ВОП-фондодержателей и пациенты ВОП, не присоединившихся к этой программе, высокие транзакционные затраты на функционирование рыночной системы. По этим причинам Лейбористская партия пообещала отказаться от внутреннего рынка. Эти обещания стали осуществляться на практике после прихода к власти правительства лейбористов на выборах в мае 1997 года.

Как уже отмечалось выше, критика лейбористов ориентированных на рынок реформ заключается в том, что они привели к раздробленности служб, требовали больших транзакционных затрат и породили несправедливость. Критиковались также слишком большие расходы в контрактной системе, при этом утверждалось, что качеству медицинского обслуживания уделялось мало внимания. В тоже время все-таки признавались достоинства курса на первичную медицинскую помощь, намеченного в предыдущей программе реформ, и констатировалось стремление сохранить его, но не допустить при этом явную несправедливость и раздробленность, порожденных системой фондодержания.

Планы лейбористского правительства относительно реформирования ГСЗ был изложены в белой книге Обновленная ГСЗ: современность и надежность, опубликованной в декабре 1997 года. В ней содержится рассчитанный на 10 лет план действий, направленный на демонтаж принципов конкуренции и внутреннего рынка и их замену новой системой, построенной на принципах рабочего партнерства и сотрудничества. С этого момента ГСЗ постоянно рассылает циркулярные письма и инструкции, содержащие подробную информацию о ходе осуществления этого плана. В момент написания настоящего документа в парламенте рассматривался Закон о здравоохране-

нии 1999 года, содержащий подробную информацию о преобразованиях, для которых требуется одобрение законодательной власти.

К основным элементам новой концепции относятся следующие элементы:

- Сохранение разделения функций между заказчиками и поставщиками услуг, но с заменой ежегодных контрактов трехлетними соглашениями об обслуживании;
- Отмена системы фондодержания и создание районных групп первичной медико-санитарной помощи (ГПМСП), к которым будут прикрепляться все ВОП района. Начиная с апреля 1999 года было создано 400-500 таких групп, которые в среднем будут обслуживать контингент, насчитывающий 100 тыс. человек (см. раздел Организационная структура системы здравоохранения);
- Сохранение органов здравоохранения (ОЗ) при том понимании, что их деятельность будет постепенно принимать стратегический характер по мере того, как на ГПМСП будут возлагаться функции заказчиков медицинских услуг. Основная задача органов здравоохранения будет состоять в том, чтобы руководить разработкой планов развития здравоохранения (ПРЗ) в сотрудничестве с другими органами местного самоуправления в своих районах;
- Сохранение трастов ГСЗ, но при том понимании, что они будут работать в сотрудничестве ООЗ, ГПМСП и другими поставщиками медицинских услуг;
- Уделение первоочередного внимания качеству медицинской помощи и результатам лечения путем внедрения новых методов управления лечебно-профилактическими учреждениями. К ним относятся создание Национального института клинического мастерства с целью выявления и распространения информации о наилучших образцах клинической практики, развитие сети учреждений государственной службы, разрабатывающих рекомендации в отношении лечения конкретных заболеваний, ухода за инвалидами и пациентами, а также учреждение Комиссии по модернизации системы здравоохранения для контроля за соблюдением стандартов и их повышения на местном уровне;
- Уделение повышенного внимания борьбе с несправедливостью и социальным неблагополучием. Твердый курс на достижение этой цели четко просматривается в новой концепции охраны здоровья населения и создании 26 особых здравоохранительных зон (ОЗЗ). Эта инициатива охватывает в первую очередь самые неблагополучные с социальной точки зрения районы и преследует цель стимулировать сотрудничество между органами ГСЗ, органами местного самоуправления, местной промышленностью и общественными организациями для укрепления здоровья обездоленных слоев населения.

## Реформы и законодательство

В настоящем разделе в хронологическом порядке перечисляются основные программные мероприятия по реорганизации ГСЗ, проведенные в период 1989–1999 годов. Каждому мероприятию дается лишь краткая характеристика, поскольку они более подробно рассматривались в других разделах настоящего доклада.

- 1989** Публикация белой книги Трудясь на благо пациентов, в которой излагались планы правительства консерваторов по радикальному реформированию ГСЗ путем внедрения принципов внутреннего рынка.

**1990** Переход на новую контрактную систему для ВОП, нацеленной на повышение качества обслуживания и усиление отчетности врачей. Новая контрактная система была принята несмотря на яростное сопротивление работников здравоохранения.

**1991** Начало реформирования ГСЗ на принципах внутреннего рынка после закрепления содержащихся в белой книге Трудясь на благо пациентов предложений в Законе о ГСЗ и общинном здравоохранении 1990 года, опубликованной в зеленой книге Здоровье нации была изложена стратегия укрепления здоровья населения, опирающаяся на установленные количественные целевые показатели и определение эффективности на их основе.

Стратегия ГСЗ в области научных исследований и разработок была разработана, чтобы стимулировать доказательную практику и программы.

Публикация Хартии прав пациентов, в которой впервые определяются права пациентов и стандарты обслуживания, которые они в праве требовать от ГСЗ.

**1992** В опубликованной белой книге Здоровье нации был подтвержден подход, изложенный в зеленой книге предыдущего года.

После того, как к программе, охватывающей ВОП – распорядителей фондов, присоединилось еще 1400 врачей, их количество превысило 3000, а обслуживаемый ими контингент составил 6,7 млн. человек или 14% населения.

**1993** Начало отложенной реализации компонента оказания медицинской помощи населению Закона о ГСЗ и общинном здравоохранении 1990 года.

**1994** Было разослано циркулярное письмо Администрации ГСЗ под названием Развитие системы закупок ГСЗ и программы распоряжения фондами для ВОП, содержащее план развития ГСЗ преимущественно на принципах первичной медицинской помощи, в котором упор делался на систему держателей фондов и ее варианты (в частности, такого как полный пакет закупок).

Администрация ГСЗ разослала инструкцию Функционирование внутреннего рынка: свобода на местах – национальные обязанности.

**1995** Закон об органах здравоохранения способствовал более тесной интеграции первичной и вторичной медицинской помощи путем слияния примерно 100 районных органов здравоохранения и органов семейной медицины.

**1996** Вместо региональных органов здравоохранения были созданы районные управления Администрации ГСЗ.

Администрация ГСЗ опубликовала доклад «Будущее первичной медико-санитарной помощи», в котором подводились итоги широких консультаций в отношении перспектив развития системы первичной медицинской помощи в ГСЗ. После выхода в свет этого доклада была опубликована белая книга «Выбор и возможности: перспективы системы первичной медико-

санитарной помощи», определяющей ее новые модели, которые правительство планировало внедрить в предварительном порядке, в том числе заключение контрактов по подушевому принципу и перевод ВОП на государственные оклады

- 1997** Был принят Закон о ГСЗ (первичная медико-санитарная помощь), который открыл дорогу для проведения экспериментальных программ, охватывающих индивидуальное медицинское обслуживание ВОП.

Было избрано новое лейбористское правительство, которое заявило о своем твердом намерении ликвидировать внутренний рынок в здравоохранении.

Лейбористское правительство изложило свои планы реформирования системы здравоохранения в белой книге Обновленная ГСЗ: современность и надежность. В ней определялся подход, с помощью которого рыночные принципы и конкуренция заменялись сотрудничеством и совместной работой.

- 1998** Был опубликован консультативный документ «Укрепление здоровья нашей нации», в котором определялся предполагаемый подход правительства к охране здоровья населения. Повышенное внимание в нем уделялось улучшению здоровья обездоленных слоев общества и ликвидации неравенства в области здравоохранения.

Был опубликован документ «Первоклассное обслуживание: качество в обновленной ГСЗ», в котором выдвигались планы повышения качества обслуживания и управления клиниками. Речь шла о создании Национального института клинического мастерства и Комиссии по модернизации системы здравоохранения.

Была опубликована белая книга «Цель – забота о людях: обновляя ГСЗ Шотландии», в которой излагаются реформы организационной структуры ГСЗ Шотландии под контролем парламента Шотландии. В частности речь идет о создании трастов первичной медицинской помощи, в рамках которых будут функционировать психиатрические учреждения, местные амбулаторно-поликлинические кооперативы и местные больницы.

В январе была опубликована белая книга «ГСЗ Уэльса: интересы пациентов превыше всего», в которой определялся порядок организации ГСЗ Уэльса под контролем Национальной Ассамблеи. Речь шла о создании местных здравоохранительных групп (эквивалента ГПМСП в Англии).

- 1999** Первого апреля 1999 года группы первичной медицинской помощи получили путевку в жизнь.

Королевская комиссия по долгосрочной медицинской помощи престарелым опубликовала доклад «Уважая старость: долгосрочная медицинская помощь престарелым – права и обязанности».

Была опубликована белая книга «Спасая жизни: за укрепление здоровья нашей нации», в которой определяется стратегия правительства в области национального здравоохранения.

В марте 1999 года был опубликован документ «Готовясь к будущему – новая концепция», в котором содержались предложения правительства относительно перспектив развития системы здравоохранения и индивидуальной социальной помощи в Северной Ирландии.

## **Осуществление реформ**

Как уже отмечалось в предыдущих разделах, реформирование ГСЗ Соединенного Королевства в 90-е годы сопровождалось кардинальной сменой курса реформ.

### **Реформы 1991 года**

Реформы, проведенные правительством консерваторов в 1991 году, стали частью общей политики, нацеленной на внедрение более мощных рыночных рычагов в те отрасли государственного сектора, в которых, как полагали, их не доставало. При этом утверждалось, что из-за отсутствия таких рычагов процветала бюрократическая инертность, а медицинские учреждения не всегда откликались на нужды пациентов.

Внедрение рыночных принципов в государственном секторе вызвало многочисленные споры и достаточно сильное сопротивление. Особенно это касалось ГСЗ. С самого начала работники здравоохранения (т.е. врачи, медицинские сестры и другие специалисты, связанные со здравоохранением) и широкая общественность в целом были настроены против избранного курса. В основном его поддерживали менеджеры ГСЗ, которые получили больше власти над врачами.

Однако, несмотря на такое сопротивление, правительство продолжало реализацию своих планов. В конце 80-ых – начале 90-ых годов вместо компромиссного подхода проводилась политика, построенная на идеологии. Естественно, это не могло не привести к кардинальным изменениям, хотя порой за счет ухудшения морального климата в различных подразделениях службы.

Однако со временем, возможно, из-за продолжающейся непопулярности у избирателей некоторых уж чересчур радикальных изменений, правительство смягчило свою позицию. Упор на конкуренцию и внутренний рынок ослабевал по мере развития системы регулируемой или управляемой конкуренции. Вместо термина «закупки» все чаще стал применяться термин «заказ» по мере того, как предпринимались попытки отойти от моделей, построенных на мелких закупках, и перейти к стратегическому, более спланированному подходу.

### **Система распоряжения фондами ВОП**

Процесс создания системы распоряжения фондами ВОП представляет особый интерес. Когда система распоряжения фондами только внедрялась, эта была экспериментальная программа, охватывающая всего лишь 303 практики. Даже авторы реформ рассматривали эту программу как вспомогательное мероприятие, а не как часть общего плана. Первоначально против этой программы решительно выступила Британская



медицинская ассоциация. Однако в последовавшие 7 лет ее масштабы и охват резко возросли. К 1998 году функционировало более 3,5 тыс. офисов ВОП, распоряжающихся фондами, в которых работало 15 тыс. ВОП. БМА давно уже перестала возражать против этой программы, поскольку количество членов ассоциации, присоединившихся к ней, постоянно возрастает.

Можно перечислить ряд факторов, способствовавших неожиданному росту программы распоряжения фондами. Во-первых, опыт первых распоряжающихся фондами ВОП продемонстрировал, что им удалось улучшить качество обслуживания своих пациентов. Собственный бюджет обеспечил их небольшими, но эффективными рычагами для повышения качества обслуживания на стыке первичной и вторичной медицинской помощи. Другие их коллеги поняли эти преимущества и присоединились к программе, чтобы тоже воспользоваться ими. В то же время усиливающаяся поддержка правительства системе распоряжения фондами способствовала тому, что ВОП, распоряжающиеся фондами, смогли предложить новые стимулирующие формы (например, компьютерное обеспечение), которые были недоступны врачам, не участвующим в этой программе. Однако некоторые ВОП, которых программа распоряжения фондами не привлекала как таковая, опасались, что, если они не присоединятся к ней, их сочтут ретроградами, а в результате этого они могут лишиться пациентов. Поэтому они, хотя и неохотно, также присоединились к программе. В целом все эти факторы способствовали быстрому увеличению числа таких врачей.

Однако не все ВОП присоединились к этому движению. Многие по-прежнему не воспринимали ее в силу глубоко укоренившихся идеологических убеждений, считая, что она носит несправедливый характер и ведет к нормированию помощи. Иногда такие ВОП создавали неохваченные программой группы заказчиков услуг. Эти группы сыграли важную роль в формировании концепции, на основании которой были разработаны предложения о создании групп первичной медицинской помощи.

### **Оценка результатов политики**

Еще одной областью, где произошло заметное изменение позиции правительства, стал анализ результатов реформ. В 1991 году правительство решительно высказалось против оценки их результатов. Оно не видело необходимости в официальной программе контроля и оценки и заявило, что привлечение к этой работе ученых или иных специалистов со стороны было бы проявлением слабости. В результате такой позиции было собрано немного достоверных данных о достижениях или неудачах самых крупных реформ, предпринимаемых за всю историю ГСЗ.

Однако постепенно позиция правительства стала меняться по мере того, как становилось ясно, что ему не хватает надежных данных об эффективности ГСЗ. Все это мешало его политическим планам и ограничивало возможности корректировать свою политику на основе этих данных. Такая позиция также полностью противоречила начатой программе НИОКР ГСЗ, в которой отмечалось, что для принятия мер нужны факты. В результате давления всех этих факторов было начато финансирование программ государственной оценки. Этот процесс продвинулся настолько далеко, что в настоящее время практически невозможно выдвинуть новую политическую инициативу, не подкрепив ее твердым обязательством провести анализ ее результатов. (Мимоходом следует отметить, что такая проаналитическая ориентация не лишена собственных недостатков. Министры и государственные служащие нередко ждут оконча-

тельных ответов от исследователей в проблемных областях социальных преобразований, получить которые невозможно.)

Самый последний обновленный анализ данных о результатах реформ с упором на внутренний рынок содержится в издании Королевского фонда «Извлекая уроки из внутреннего рынка ГСЗ: анализ фактов» (15). Материал, почерпнутый из этого источника, приводится в разделе «Выводы» настоящего доклада.

### **Текущие реформы**

За сменой правительства в 1997 году последовала смена курса здравоохранительной политики Соединенного Королевства. В настоящее время происходит замена системы, построенной на конкуренции в условиях внутреннего рынка, системой, опирающейся на партнерство и сотрудничество. По замыслу нынешнего правительства, органы здравоохранения, трасты и другие органы должны сотрудничать в деле реорганизации системы здравоохранения, но при этом оно намерено сохранить некоторые ключевые элементы реформ 1991 года, например, разделение функций заказчиков и поставщиков медицинских услуг. Разработка программ модернизации системы здравоохранения каждым органом здравоохранения, в сотрудничестве с другими местными органами, является одним из средств достижения этой цели.

Другая особенность концепции нового правительства заключается в том, что в ней повышенное внимание уделяется качеству медицинской помощи и результатам лечения. С этой целью правительство создало Национальный институт клинического мастерства (НИКМ), которому поручается собирать информацию о клинической практике и распространять ее через ГСЗ и Комиссию по модернизации системы здравоохранения (КМСЗ), чтобы качество медицинских услуг на местном уровне отвечало установленным требованиям. Ряд аналитиков отмечают, что эти органы представляют собой нечто иное, как возвращение к командно-административной системе после периода внутреннего рынка.

Еще одним важным аспектом концепции нынешнего правительства является значение, которое оно придает решению проблемы социального неблагополучия и борьбе с неравенством в сфере здравоохранения. Одним из элементов этой политики стало создание 26 зон повышенного внимания (ЗПВ). Таковыми являются специально установленные социально неблагополучные зоны, которые финансируются из бюджета центрального правительства и пользуются при этом некоторыми дополнительными свободами и гибкостью для укрепления системы здравоохранения. Планируется, что в каждой ЗПВ в первую очередь будет реализована семилетняя программа. Ключевым элементом концепции ЗПВ являются партнерские отношения между органами здравоохранения, трастами, группами первичной медицинской помощи, органами местного самоуправления, общественными организациями и частным промышленным сектором. Пока еще слишком рано говорить о результатах эксперимента с ЗПВ (первые 11 ЗПВ были созданы лишь в апреле 1998 года, а к концу этого же года было сформировано еще 15 зон), хотя независимую национальную оценку результатов этой программы уже финансирует министерство здравоохранения.

И, наконец, последней особенностью этой концепции нового правительства является ликвидация системы распоряжения фондами для врачей общей практики и замена ее группами первичной медико-санитарной помощи (ГПМСП). Находясь в оппо-

зиции, нынешнее правительство выступало против системы таких фондов для ВОП на том основании, что она породила неравенство между пациентами ВОП, распоряжающихся фондами, и пациентами ВОП, не имеющих таких фондов, и что она повлекла за собой крупные транзакционные расходы из-за широко распространенной практики заключения мелких контрактов. По этим причинам правительство планирует уделять первоочередное внимание первичной медицинской помощи при предоставлении и заказе услуг на комплексной основе путем создания 481 группы первичной медико-санитарной помощи. Они были созданы 1 апреля 1999 года, причем в отличие от системы распоряжения фондами, которая была факультативной, к ним должны присоединиться все ВОП. Каждой ГПМСП управляет совет, в котором представлены ВОП и работники других амбулаторно-поликлинических учреждений и органов здравоохранения. Они обслуживают контингент, численность которого колеблется от 46 тыс. до 257 тыс. человек. Правительство не скрывает, что в настоящее время отдельные ГПМСП неодинаково готовы к выполнению новых функций, и поэтому установило четырехэтапную схему становления ГПМСП. Она предусматривает четыре уровня, начиная с первого уровня (когда ГПМСП играют роль консультативного комитета при органе здравоохранения) и кончая четвертым уровнем (когда они превращаются в автономный орган, подотчетный органу здравоохранения по вопросам размещения заказов на услуги, и наделяются дополнительной функцией по оказанию медицинских услуг населению).



## Выводы

Государственная служба здравоохранения Соединенного Королевства была создана более 50 лет тому назад. В то время на нее возлагалась задача обеспечить всеобъемлющий и всеобщий доступ к медицинской помощи исходя из потребности, а не платежеспособности. По этой причине подавляющее большинство видов медицинской помощи предоставлялось бесплатно в местах ее оказания. Было также принято решение финансировать оказание медицинской помощи за счет всеобщего налогообложения, а не системы социального страхования, принятой в ряде других европейских стран. Эти элементы по-прежнему присущи нынешней ГСЗ. Несмотря на рост потребительских расходов (например, на фармацевтические товары, стоматологическую и офтальмологическую помощь, долгосрочную геронтологическую медицинскую помощь) большинство видов первичной и вторичной медицинской помощи оказывается бесплатно в медицинских учреждениях. Последующие опросы общественного мнения свидетельствуют о том, что эта система продолжает пользоваться широкой общественной поддержкой, а полученные в ходе их проведения результаты указывают на упорное желание сохранить ГСЗ как национальный институт. Вот почему несмотря на частые финансовые «кризисы», вызванные жестким ограничением финансирования, которое устанавливали сменявшие друг друга правительства, не предпринимались серьезные попытки отойти от системы финансирования за счет поступлений от общего налогообложения.

Однако при всей преимуществах этой политики методы управления и организационная структура подверглись многим изменениям, затронувшим порядок предоставления медицинской помощи. Наиболее радикальные из них были проведены в 1991 году, когда тогдашнее правительство консерваторов во главе с Маргарет Тэтчер внедрило принципы внутреннего рынка. Эти изменения были рассмотрены в предыдущих разделах настоящего доклада. Однако стоит еще раз напомнить, что они представляли собой решительную попытку изменить систему ГСЗ путем внедрения механизмов частного сектора и рынка в огромный бюрократический аппарат государственного сектора. (Начало этому процессу положили предыдущие попытки Гриффитса в 1984 году реформировать общую систему управления, но программа реформ 1991 года была шире и решительнее.)

Данные о функционировании внутреннего рынка с точки зрения эффективности, справедливости, свободы выбора, оперативности и отчетности были недавно проанализированы Ле Грандом и др. (1998) (15). Полученные результаты свидетельствуют о том, что многие из этих данных не позволяют сделать окончательных выводов.

Если говорить об эффективности, то можно отметить увеличение взвешенного по затратам индекса активности министерства здравоохранения в начале реформ. Такой рост скорее всего был вызван увеличением объемов финансирования, нежели резуль-

татами самих реформ. Вместе с тем существенно увеличились управленческие и транзакционные расходы, хотя это обстоятельство трудно объяснить только самими реформами.

Главный вывод исследования относительно справедливости этой двухуровневой системы касается финансирования по принципу деления на врачей, располагающих фондами, и врачей, не имеющих таких фондов общей практики (ДФОП). Такое деление было подвергнуто резкой критике нынешним правительством лейбористов, когда они находились в оппозиции.

Существует немного исследовательских данных, позволяющих заключить, что статус трастов позволил улучшить качество медицинской помощи и расширить выбор пациентов. Однако держателям фондов все-таки удалось повысить качество обслуживания, хотя и незначительно. Видимо, им лучше, чем закупающим органам здравоохранения удалось установить обратную связь с поставщиками услуг.

Что касается подотчетности, то реформы привели к весьма заметному ужесточению централизованного контроля и вертикали отчетности снизу вверх. В результате этого к затратам на функционирование внутреннего рынка прибавились еще и существенные управленческие расходы.

В целом в работе Ле Гранда и др. делается примечательный вывод, что такие радикальные реформы заметно изменили очень мало ключевых показателей эффективности. Одним из вероятных объяснений этому может служить тот факт, что функционирование внутреннего рынка по-настоящему не анализировалось, т.е. этому функционированию мешали слишком слабые стимулы и мощные сдерживающие факторы.

С другой стороны, реформы 1991 года действительно ознаменовались некоторым заметным улучшением уровня обслуживания и организации. Одним из таких изменений стало привлечение ВОП к процессу принятия решений и упор на разделение функций между покупателями и заказчиками. Другое изменение проявляется в том, что, по общему мнению, целесообразно сохранить разделение функций между покупателями и поставщиками услуг. В ходе реформ 1991 года усилился упор на тезис, согласно которому, в условиях подотчетности, оказание медицинской помощи должно быть клинически и экономически эффективным.

Собственно, именно эти элементы и были сохранены в программе реформ, которую осуществляет в настоящее время правительство лейбористов, победивших на выборах 1997 года. Несмотря на то, что, находясь в оппозиции, лейбористы твердо выступали против внутреннего рынка, разделение функций между покупателями и поставщиками услуг, упор на передачу полномочий на принятие решений с учетом приоритета первичной медицинской помощи и непрекращающиеся поиски путей повышения клинической и экономической эффективности остаются важнейшими элементами их концепции. Однако в отличие от предыдущего правительства консерваторов лейбористы придают больше значения не конкуренции, а совместной работе и партнерским отношениям в качестве механизмов, позволяющих добиться достижения их целей. Ключевыми элементами концепции нынешнего правительства остаются упор на ликвидацию неравенства и на результаты лечения.

Была разработана грандиозная программа развития ГСЗ в сотрудничестве с другими ведомствами. Будущее покажет, насколько успешными окажутся эти партнерские отношения для достижения таких главных целей, как повышение эффективности, восстановление справедливости, улучшение качества, усиление обратной связи и обеспечение четкой отчетности.





## Библиография

1. ALLSOP, J. *Health policy and the NHS: towards 2000*. London, Longman, 1995.
2. BAGGOTT, R. *Health and Health Care in Britain*. London, Macmillan, 1988.
3. DEPARTMENT OF HEALTH *Modernising Social Services: Promoting Independence, Improving Protection, Raising Standards*. London, HMSO, 1998.
4. DEPARTMENT OF HEALTH *Our Healthier Nation: A Contract for Health*. London. The Stationary Office, 1998.
5. DEPARTMENT OF HEALTH *A First Class Service: Quality in the new NHS*. London, The Stationary Office, 1998.
6. DEPARTMENT OF HEALTH *The Government's Expenditure Plans 1998-1999*. London, The Stationary Office, 1998.
7. DEPARTMENT OF HEALTH *The new NHS: modern, dependable*. London, The Stationary Office, 1998.
8. DIXON, J. & HARRISON, A. Funding the NHS. A little local difficulty? *BMJ*, **314**(7075): 216-219 (1998).
9. FLYNN, R. & WILLIAMS, G. ed. *Contracting for Health: Quasi-markets and the National Health Service*. Oxford, Oxford University Press, 1997.
10. HAM, C. *Health Policy in Britain. The Politics and Organisation of the National Health Service*. Basingstoke, Macmillan, 1999 New edition.
11. HARRISON, A. J. & Prentice, S. *Acute Futures*. London, King's, 1996.
12. HUNTER, D. J. *Desperately Seeking Solutions: Rationing Health Care*. London, Addison-Wesley, Longman, 1997.
13. KLEIN, R. *The New Politics of the National Health Service*. New York, Longman, 1995.
14. LAING, W. & BUISSON *Laing's Healthcare Market Review 1998-99*. London, Laing & Buisson, 1998.

15. LE GRAND, J., et al. Ed. *Learning from the NHS Internal Market; a Review of Evidence*. London, King's Fund, 1998.
16. MACPHERSON, G. ed *Our NHS: a Celebration of 50 years*. London, BMJ Publishing Group, London, King's Fund, 1996.
17. MAYS, N., & DIXON, J. *Purchaser Plurality in UK Health Care: Is a Consensus emerging and is it the right one?* London, King's Fund, 1996
18. MAYS, N. , et al. *Total Purchasing: A Step Towards Primary Care Groups*. London, King's Fund, 1998.
19. New, B., et al. ed. *Rationing; Talk and Action in Health Care*. London, King's Fund and BMJ Publishing Group, 1997.
20. OECD *OECD Health Data 98: A comparative analysis of 29 countries*, [online]. Available at Accessed on
21. RANADE, W. ed.. *Markets and Health Care: A Comparative Analysis*. London, Addison Wesley Longman, 1998
22. ROYAL COMMISSION ON LONG TERM CARE *With Respect to Old Age: Long Term – Rights and Responsibilities*. London, The Stationary Office, 1999
23. WHO REGIONAL OFFICE FOR EUROPE *Health for all database*, World Health Organization, 1999

## Приложение I

**В** разделе, посвященном организационной структуре и управлению, описываются структура и организация ГСЗ Англии. Ниже рассматриваются некоторые принципиальные различия между этой системой и системами, применяющимися в Шотландии, Уэльсе и Северной Ирландии. После образования парламента Шотландии и Национальной ассамблеи Уэльса некоторые из этих механизмов стали перестраиваться.

### Шотландия

Министерство здравоохранения Шотландии отвечает за политику в области здравоохранения и руководство ГСЗ в Шотландии. Управление государственной политики в области здравоохранения возглавляет Главный медицинский эксперт по Шотландии, который является главным медицинским советником министра. Главный администратор (ГА) ГСЗ осуществляет централизованное управление службой и отвечает перед кабинетом министров за эффективность ее работы и качество обслуживания. ГА возглавляет Администрацию, которая руководит работой 15 региональных отделов здравоохранения (т.е. аналогов английских органов здравоохранения). Как и в Англии, на отделы здравоохранения возложена ответственность за планирование услуг и размещение заказов на них, а трасты отвечают за их предоставление. В ГСЗ Шотландии работает 132 тыс. человек, в том числе 62 тыс. медицинских сестер, акушерок, сиделок и 8,5 тыс. врачей. Кроме того, к ним следует прибавить 7 тыс. семейных врачей, включая терапевтов, стоматологов, специалистов по коррекции зрения и государственных фармацевтов.

В белой книге «Цель – забота о людях: обновляя Государственную службу здравоохранения Шотландии» содержатся предложения правительства по реформированию ГСЗ Шотландии. При всех широких аналогиях с курсом, взятым в Англии, в этом документе нет положения о создании трехуровневой системы групп первичной медицинской помощи. Вместо него есть положение о создании трастов первичной медицинской помощи. В результате реализации положений белой книги Цель – забота о людях произошло слияние ряда трастов и образование трастов первичной медицинской помощи. В настоящее время создано 28 новых трастов ГСЗ, в том числе 13 трастов первичной медицинской помощи.

Недавно избранный парламент Шотландии также будет дополнительно контролировать состояние здравоохранения. В белой книге эти обязанности определяются следующим образом:

*Парламент Шотландии принимает решения о характере своих взаимоотношений с органами здравоохранения, в том числе и о механизмах финансирования. Делегирование полномочий дает возможность опираться на преимущества ГСЗ Шотландии и шотландскую традицию оказывать общественную помощь всем, нуждающимся в ней.*

В настоящее время еще рано говорить о том, насколько эффективно будут функционировать эти механизмы.

## **Уэльс**

Начальник департамента здравоохранения министерства по делам Уэльса отчитывается перед министром за управление ГСЗ Уэльса и ее работе. Начальник этого управления, подчиняющийся министру, является его главным политическим советником по вопросам ГСЗ.

Департамент здравоохранения министерства по делам Уэльса состоит из пяти подразделений, а именно: отделов управления финансами здравоохранения, медицинского обслуживания и управления, здравоохранительной стратегии, первичной медицинской помощи и здоровья населения и общественного здравоохранения.

В Уэльсе нет аналогов английских региональных управлений Администрации ГСЗ. Пять органов здравоохранения Уэльса непосредственно подчиняются начальнику департамента здравоохранения.

В белой книге «ГСЗ Уэльса – интересы пациентов превыше всего», опубликованной в январе 1998 года, определяются планы правительства относительно реформы. Как и в Шотландии, здесь можно провести широкие аналогии с английскими планами, хотя основное различие заключается в том, что местные группы медицинской помощи, базирующиеся в административных границах местных органов самоуправления, вместо групп первичной медицинской помощи, возьмут на себя обязанности по размещению заказов на услуги. Однако в этих группах будет широко представлены специалисты по первичной медицинской помощи, и предполагается, что в конечном итоге принцип ориентировочных бюджетов будет распространен и на отдельные офисы врачей общей практики.

С 1999 года на только что избранную Национальную Ассамблею возлагаются и здравоохранительные функции, которые до этого выполнял министр. Ассамблея наделена полномочиями:

- составлять стратегические планы в области здравоохранения и медицинских услуг и ассигновать соответствующие ресурсы;
- реорганизовывать ГСЗ Уэльса с учетом ее общих задач;
- обязывать организации отчитываться за свою работу;
- стимулировать предоставление конкретных услуг в Уэльсе.

## **Северная Ирландия**

Северная Ирландия имеет общее министерство здравоохранения и социального обеспечения, которое занимается вопросами, находящимися в Англии в компетенции ми-

нистерства здравоохранения и социального обеспечения. Возглавляет министерство постоянный секретарь. Оно состоит из нескольких базовых групп: группы ресурсов и социального обеспечения, группы здравоохранительной и социальной политики, группы медицинского и социального обслуживания, и пяти групп специалистов.

Функционируют четыре совета по медицинской и социальной помощи (СМСП), которые напрямую подчиняются министерству здравоохранения и социального обеспечения. Судя по названиям этих советов, главное различие между ними и органами в других регионах Соединенного Королевства заключается в том, что они отвечают как за здравоохранение, так и за социальное обеспечение. Существует широко распространенное мнение, что в Северной Ирландии это позволяет облегчить координацию деятельности органов здравоохранения и социального обеспечения по сравнению с другими регионами Соединенного Королевства.

В документе «Готовясь встретить будущее – новая концепция» содержатся предложения правительства относительно перспектив развития здравоохранения и социального обеспечения населения в Северной Ирландии.

## **Распределение ресурсов**

На долю ГСЗ приходится 80% всех расходов Соединенного Королевства, хотя расходы на душу населения в Англии меньше, чем в трех остальных странах. В 1995-1996 годах подушевое финансирование в Шотландии было на 25%, а соответственно в Уэльсе и Северной Ирландии на 18% и 5% больше, чем в Англии. Едва ли эти различия можно отнести на счет разных потребностей, как и связывать их с более успешными результатами лечения в странах с более высокими расходами.



## Сокращения

БМА	–	Британская медицинская ассоциация
КМЗ	–	Комиссия по модернизации здравоохранения
ГМЭ	–	Главный медицинский эксперт
РБОП	–	районная больница общего профиля
РОЗ	–	районный орган здравоохранения
МЗ	–	министерство здравоохранения
ВОП	–	врач общей практики
РФ	–	распоряжение фондами
ОЗ	–	орган здравоохранения
ЗПВ	–	зоны повышенного внимания
ПМЗ	–	программа модернизации здравоохранения
ИМСО	–	индивидуальное медицинское и социальное обслуживание
ОМС	–	орган местного самоуправления
АГСЗ	–	Администрация Государственной службы здравоохранения
НИСЕ	–	Национальный институт клинического мастерства
ГПМСП	–	группа первичной медико-санитарной помощи
ТПМСП	–	траст первичной медико-санитарной помощи