

Реферат обзора

Австралия

Введение

Государственный строй и новейшая политическая история

Австралия — федеративное государство, образовавшееся в 1901 г. в результате объединения шести бывших колоний Британской империи. Выработка общей политики в области здравоохранения требует постоянного согласования распределения финансовой и функциональной ответственности между федеральным правительством и администрациями шести штатов и двух территорий (далее все они именуются «штаты»).

Население

В 2000 г. население достигло почти 19 миллионов человек; ежегодно оно увеличивается примерно на 1,5%, прежде всего за счет иммиграции. Население неоднородно по происхождению: почти 40% нынешних жителей Австралии родились в других странах или являются детьми иммигрантов, 91% — выходцы из Европы, 7% — из Азии, 2% — аборигены или имеют другое происхождение. В городах проживает 64% населения. Намечилась тенденция к старению населения, снижается рождаемость (на одну женщину приходится 1,7 ребенка).

Средняя продолжительность жизни

Средняя продолжительность жизни мужчин — 76 лет, женщин — 82 года. По средней продолжительности полноценной жизни (индекс долголетия DALE) Австралия занимает второе место в мире после Японии.

Основные причины смерти

Население Австралии в целом отличается крепким здоровьем, продолжительность жизни растет, распространенность заболеваний, представляющих угрозу для жизни, низка. Причинами смерти более чем в 70% случаев являются сердечно-сосудистые и онкологические заболевания, травмы. У австралийских аборигенов здоровье намного хуже, а средняя продолжительность жизни на 20 лет меньше.

Новейшая история здравоохранения

В Австралии преобладает государственное финансирование здравоохранения; политика в области здравоохранения вырабатывается при активном участии общественности. Медицинская помощь общедоступна благодаря государственной системе медицинского страхования Медикэр, финансируемой за счет доходов от общего налогообложения и целевого подоходного налога. Всем гражданам предоставляется субсидируемая амбулаторная помощь с правом выбора врача, бесплатное лечение в государственных больницах и льготное лекарственное обеспечение.

Европейская обсерватория
по системам здравоохранения,
Европейское региональное бюро ВОЗ
Адрес: Scherfigsvej 8 DK-2100 Copenhagen
Телефон в Дании: +45 39 17 14 30
Факс: +45 39 17 18 70
Электронная почта: observatory@who.dk
Сайт в интернете: <http://www.observatory.dk>

Направления реформ

Реформа здравоохранения в Австралии, начатая в середине 1980-х гг., носит микроэкономический характер и является частью реформы всей бюджетной сферы, проводимой с целью сдерживания затрат, изменения соотношения государственно-го и частного секторов, повышения рентабельности и эффективности. Пришедшее к власти в 1996 г. правительство либералов сохранило сложившуюся при лейбористах (1983—1996 гг.) систему всеобщего обязательного медицинского страхования Медикэр, финансируемую за счет налогов. Частное страхование остается добровольным, но в конце 1990-х гг. была введена система материальных стимулов и санкций, чтобы побудить население страховать у частных страховщиков стационарное лечение и некоторые другие услуги.

Затраты на здравоохранение и ВВП

Австралия тратит на здравоохранение 8,5% ВВП, причем с 1985 по 1997 г. реальные подушные затраты ежегодно росли в среднем на 2,7%. В 1997 г. с учетом паритета покупательной силы они составили 1909 долларов США, что является средней величиной для стран Организации экономического сотрудничества и развития (ОЭСР) и соответствует расчетному уровню для страны с таким подушным доходом.

Краткое содержание обзора

Австралия занимает одно из первых мест в мире по средней продолжительности жизни; большинство населения имеет реальный доступ к высококачественной всеобъемлющей медицинской помощи. Финансируемая в основном за счет налогов, система здравоохранения работает рентабельно и обеспечивает высокие показатели здоровья населения. Общество в целом довольно системой здравоохранения и не хо-

чет коренных перемен, несмотря на отдельные недостатки (постоянные трения между правительствами штатов, очереди на плановые операции, неравный доступ к медицинской помощи в городах и сельской местности, плохое состояние здоровья аборигенов).

Структура здравоохранения

В Австралии сложилась смешанная система здравоохранения с государственными и частными медицинскими учреждениями. Для финансирования и регулирования их деятельности используется целый ряд механизмов. В системе здравоохранения действуют множество участников, пересекаются интересы правительств Союза и штатов, важную роль играет частный сектор. Федеральное правительство финансирует, но не предоставляет медицинское обслуживание; штаты финансируют и предоставляют медицинское обслуживание и управляют здравоохранением; медицинскую помощь на местном уровне оказывают в основном частнопрактикующие врачи, есть также много частных больниц и страховых компаний.

В силу своих конституционных полномочий, а также по «праву кошелька» федеральное правительство играет главную роль в выработке политики и финансировании здравоохранения. Федеральное правительство финансирует и управляет системой Медикэр, субсидирующей амбулаторную медицинскую помощь, программой субсидирования жизненно важных лекарственных средств, а также, через систему соглашений о медицинском обслуживании, выделяет штатам средства на содержание государственных больниц. Министерство здравоохранения — главное национальное управление в области здравоохранения (www.health.gov.au). Оно руководит общественным здравоохранением, исследовательской и информационной деятельностью, занимается выработкой национальной политики в области здравоохранения и финансированием отрасли.

Штаты самостоятельно руководят медицинским обслуживанием и поэтому ме-

жду ними есть различия в политике и структуре здравоохранения, подушных затратах, распределении ресурсов и интенсивности использования медицинских услуг. Министерства здравоохранения штатов вырабатывают политику здравоохранения на уровне штатов, составляют бюджеты и контролируют их исполнение, планируют развитие, устанавливают стандарты деятельности, согласовывают производственные и кадровые вопросы, осуществляют крупные программы и управляют государственными больницами. В ведении штатов находятся психиатрическая и стоматологическая помощь, медицинское обслуживание детей, подростков и семей, программы по улучшению здоровья женщин, санитарное просвещение, реабилитация, помощь на дому и по месту жительства, а также регулирование, лицензирование и контроль за соблюдением установленных требований, предъявляемых к помещениям и персоналу.

Местные органы власти (почти 700 муниципальных советов) отвечают за некоторые услуги в области гигиены окружающей среды, в частности за санитарию и гигиену, безопасность продуктов питания и качество воды, а также за некоторые программы общественного здравоохранения, в том числе за иммунизацию.

Частный сектор здравоохранения включает большинство врачей, частные больницы, обеспечивающие 30% всего коечного фонда, широкую сеть диагностических лабораторий и частные страховые компании, чьими программами охвачено почти 45% населения. В стране действует множество профессиональных объединений и групп потребителей, влияющих на выработку политики как на уровне штатов, так и на уровне всей страны.

Планирование, нормирование и управление

Разделение полномочий между союзом и штатами и большое число участников системы здравоохранения неизбежно ограничивают возможности общего планирования и регулирования.

Однако у государства достаточно рычагов воздействия, поскольку оно покрывает почти 70% всех расходов на здравоохранение. Крупные политические решения в области здравоохранения требуют достижения согласия между Союзом и штатами. Многие из этих решений осуществляются посредством межправительственных программ; для согласования совместных действий ежегодно проводятся Конференции министров здравоохранения Австралии.

Деятельность в области здравоохранения жестко нормируется с помощью добровольного и государственного регулирования. Например, Австралийский совет по стандартам здравоохранения проводит добровольную аккредитацию больниц, а государственные регистрационные палаты в каждом штате занимаются аккредитацией медицинских работников. К работе сектора здравоохранения предъявляются все более высокие требования. Чтобы соответствовать им, медицинские учреждения внедряют программы обеспечения качества.

Децентрализация здравоохранения

Система здравоохранения Австралии децентрализована; штаты обладают широкой самостоятельностью. В последние десятилетия роль Союза в организации, финансировании и регулировании здравоохранения возрастает, но медицинское обслуживание в основном остается в ведении штатов. Что касается местных органов власти, то их функции в области здравоохранения очень ограничены. В 1980-х гг. часть полномочий министерств здравоохранения штатов были переданы региональным управлениям здравоохранения. На сегодня такие управления сохранились в Новом Южном Уэльсе, но в других штатах большей частью упразднены. В середине 1980-х гг. управление государственными больницами перешло от управлений здравоохранения штатов к независимым советам больниц.

В последние двадцать лет идет активная приватизация; государственные учрежде-

ния продаются в частные руки, частный сектор широко привлекается к оказанию услуг в государственных учреждениях. В большинстве штатов проводится политика, направленная на уменьшение роли государства в оказании медицинских услуг за счет увеличения роли негосударственного и частного секторов.

Финансирование и затраты

Основная система финансирования

Основные источники финансирования здравоохранения Австралии — доходы от общего налогообложения и специального подоходного налога, предназначенного для медицинского страхования. В 1999—2000 гг. доля государства в финансировании здравоохранения составляла 71%, причем 48% внес Союз, 23% — штаты и местные органы власти (последние — совсем немного). Остальные 29% поступили из частных источников. Обязательный полупроцентный подоходный налог, взимаемый с частных лиц и направляемый на Медикэр, покрывает 8,5% всех затрат на здравоохранение.

Набор медицинских услуг

Медицинское обслуживание в основном бесплатное, и набор услуг, как правило, не ограничен. Лечение в государственных больницах бесплатное, как и лечение у тех врачей общей практики, которые выставляют счета в Медикэр; жизненно важные лекарства из льготного списка продаются со скидкой. Пенсионеры имеют право на значительные скидки или бесплатное лечение. Использование медицинских услуг не ограничено, набор услуг не нормирован, и вопрос о том, нужно ли нормировать услуги или как это делать, всерьез не обсуждается. Правда, есть очереди (своего рода нормирование) на плановые операции в государственных больницах.

Дополнительные источники финансирования

В 2000 г. прямые платежи населения составили 17%, а взносы частного медицинского страхования — 7% всех затрат на здравоохранение. Основная часть платежей потребителей приходится на несубсидируемые лекарственные средства, стоматологическую помощь, покрытие разницы между фиксированной выплатой по Медикэр и фактическим гонораром врача (до 25% сверх выплаты по Медикэр), на оплату других медицинских услуг, а также на доплату за субсидируемые лекарственные средства.

В 1997 г. был принят ряд мер для того, чтобы остановить сворачивание частных программ страхования и обеспечить жизнеспособность этого сектора. В результате к 2000 г. доля населения, охваченного частным страхованием, выросла с одной трети до 45%.

Затраты на здравоохранение

В 1960-х гг. на здравоохранение тратилась относительно небольшая доля ВВП. В 1970-х гг. затраты начали расти (как и в других странах ОЭСР), в 1990-х гг. их рост замедлился, и в 2000 г. они составили 8,5% ВВП (рис. 1).

Относительный вклад Союза и штатов в финансирование здравоохранения смещался то в одну, то в другую сторону, в зависимости от того, какая политическая партия была у власти. Доля бюджета, выделяемая на финансирование больниц, росла с середины 1960-х до начала 1980-х гг., однако позднее она снизилась до 43% всех расходов на здравоохранение. Доля ассигнований на амбулаторное обслуживание в бюджете здравоохранения немного увеличилась и в 1997 г. составила почти 23%.

Затраты на дома престарелых и интернаты для хронических больных не менялись с середины 1980-х гг., а затраты на уход за пожилыми по месту жительства увеличились. Таким образом, небольшая часть средств ушла из больничного сектора и стала расходоваться на амбулаторное обслуживание.

В 1997 г. доля затрат на лекарственные средства достигла 11,3% всех затрат на здравоохранение. На общественное здравоохранение (профилактику и санитарное просвещение) выделяется менее 2% общего бюджета здравоохранения (хотя эта область настолько широка, что с трудом поддается оценке). Уменьшение капиталовложений в здравоохранение все сильнее сказывается на государственных больницах, вынуждая их к поиску частных источников финансирования. Поскольку разные сектора финансируют разные медицинские услуги, трудно существенно изменить структуру затрат, например увеличить ассигнования на первичную медицинскую помощь за счет уменьшения финансирования больниц.

Медицинское обслуживание

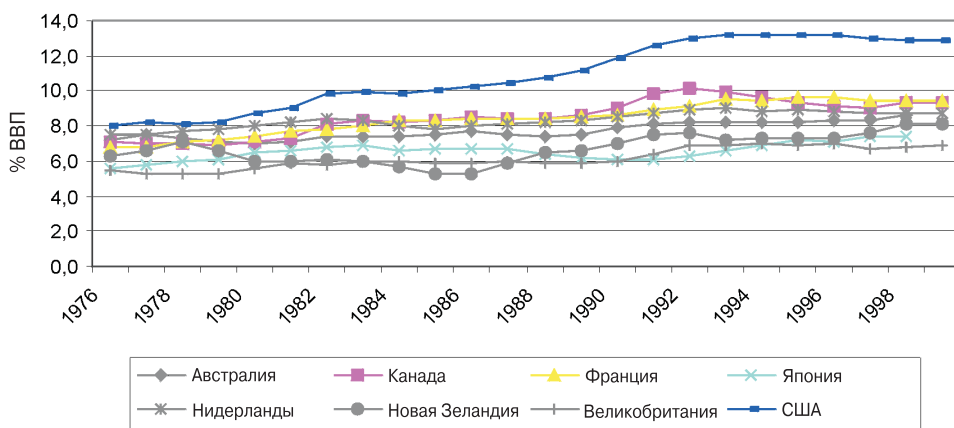
Главный источник финансирования системы здравоохранения, домов престарелых и лекарственного обеспечения — фе-

деральный бюджет. Штаты, при финансовой поддержке Союза, финансируют и управляют государственными больницами, психиатрической помощью и местными учреждениями здравоохранения. В местных медицинских учреждениях и стоматологических клиниках работают в основном частнопрактикующие врачи, есть также много частных больниц.

Первичное медицинское обслуживание

Врачи общей практики (более 40% всех врачей) оказывают большую часть медицинских услуг. Многие из них являются частными предпринимателями, однако их услуги оплачиваются, как правило, не частными лицами, а общественным фондом (Медикэр). Врачи общей практики оказывают первичную медицинскую помощь, консультируют, выполняют малые операции у себя в клинике, предоставляют услуги по планированию семьи, профилактике, в частности проводят иммунизацию, выписывают рецепты, направляют на специальные обследования. Пациент сам вы-

Рисунок 1. Объем финансирования здравоохранения (% ВВП) в Австралии и некоторых других странах ОЭСР в 1976—1999 гг.



Источник: Данные по здравоохранению в странах ОЭСР, 2001 г.

бирает врача общей практики и может обращаться к нескольким врачам, поскольку «прикрепления» к какой-либо практике не требуется. Больные сначала обращаются к врачам общей практики, а те регулируют доступ ко всей остальной системе здравоохранения. Другие медицинские работники, прежде всего медицинские сестры, тоже оказывают первичную медицинскую помощь, равно как и физиотерапевты и диетологи, многие из которых работают в частных медицинских учреждениях.

Союз финансирует 123 территориальных отделения общей практики (в каждом по 100—300 врачей), куда входят большинство врачей общей практики. Отделения обеспечивают врачам профессиональную поддержку, связь с другими медицинскими специалистами, курсы повышения квалификации, а также руководят программами по укреплению здоровья и финансируют их, координируют совместные мероприятия.

Общественное здравоохранение

Большинство австралийцев обладают хорошим здоровьем, во многом благодаря капиталовложениям в общественное здравоохранение. В борьбе с инфекционными заболеваниями достигнуты большие успехи, но заболеваемость ими все еще довольно высока. Сеть эпидемиологических служб Австралии и Новой Зеландии согласовывает эпидемиологический надзор, противоэпидемические мероприятия, организует работу в масштабах страны, готовит кадры. Союз и штаты успешно сотрудничают в рамках многих программ общественного здравоохранения, в результате чего значительно снизилась заболеваемость ишемической болезнью сердца, уменьшилась распространенность ВИЧ-инфекции в некоторых группах риска, достигнуты успехи в борьбе с курением, снизилась смертность от дорожно-транспортных происшествий.

Специализированное медицинское обслуживание

Специалисты ведут прием в частных кабинетах и амбулаторных отделениях государственных больниц.

Медикэр возмещает 85% установленной платы за специализированную амбулаторную помощь.

В 1998 г. в Австралии была 1051 больница, причем 70% коечного фонда приходилось на долю государственных больниц. В последнее время произошло укрупнение больниц за счет их объединения и закрытия мелких больниц, увеличилось число однодневных стационаров. Число больничных коек на 1000 населения сократилось почти вдвое: с 8,3 в 1970 г. до 4,3 в 1997 г. То же происходит в большинстве стран ОЭСР (рис. 2). В Австралии число больничных коек на 1000 населения несколько ниже среднего для Европейского союза (4,4), поскольку продолжительность госпитализации здесь ниже и лечение чаще проводится по месту жительства.

В 1990-х гг. в Австралии резко увеличилось число госпитализаций на 100 населения. Средняя продолжительность госпитализации без учета однодневных госпитализаций сократилась до 6,2 дня, а с учетом однодневных — до 4,1 дня, что указывает на более активное лечение, применение менее травматичных хирургических методов, а также стремление экономить средства. В то же время занятость койки увеличилась. По этим показателям эффективности работы больниц Австралия занимает достойное место среди других стран ОЭСР (табл. 1). Среди главных изменений — значительный рост однодневных госпитализаций: в 1998 г. 46% пациентов было выписано в день поступления. Этот рост происходит главным образом за счет тех больных, которые иначе не легли бы в больницу, а не тех, которых удалось быстрее вылечить (об этом говорит одновременное увеличение числа госпитализаций).

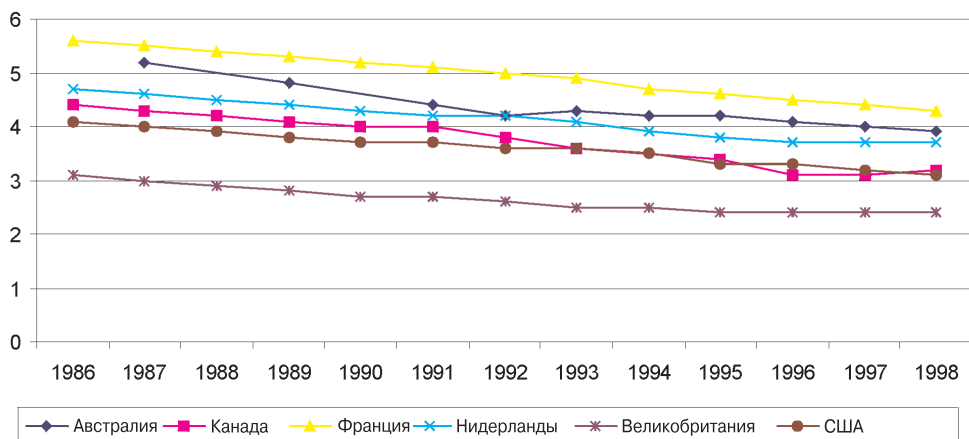
Медико-социальная помощь

Медико-социальную помощь финансируют органы власти всех уровней, а предоставляют государственные, добровольные и коммерческие организации. Усиливается роль федерального правительства в выработке социальной политики и финансировании социальных программ. Социальное

обеспечение остается в ведении штатов, многие услуги оказывают добровольные организации. Уход за престарелыми, инвалидами и психически больными — своего рода пограничная область между меди-

цинской и социальной помощью — требует согласованных усилий медицинских учреждений и социальных служб, он может оказываться в интернатах и домах престарелых или по месту жительства.

Рисунок 2. Число больничных коек на 1000 населения в Австралии и некоторых других странах ОЭСР



Источник: Данные по здравоохранению в странах ОЭСР, 2001 г.

Таблица 1. Уровень использования стационарного лечения и показатели работы больниц в Австралии, Европейском союзе и некоторых странах ОЭСР, 1998 г.

Страна	Число больничных коек на 1000 населения	Число госпитализаций на 100 населения	Средняя продолжительность госпитализации, сут	Средняя занятость койки, %
Австралия	3,9	15,8	6,2	68,5
Страны Европейского Союза в среднем	4,2	17,1	8,2	77,0
Канада	3,1	9,9	7,0	—
Великобритания	2,4	—	—	80,8
США	3,1	11,8	5,9	63,4
Бывшая югославская республика Македония	3,4	8,2	8,0	53,7

Источник: Данные по здравоохранению в странах Организации экономического сотрудничества и развития, 2001 г.

Медицинские кадры и обучение

В 1990-х гг. структура трудовых ресурсов здравоохранения менялась следующим образом: росло число частично занятых (38%), сокращались штаты больниц, увеличивалось число медиков, оказывающих амбулаторную помощь. 77% работников здравоохранения — женщины, среди врачей их около 30%. Среди врачей все меньше тех, кто родился в Австралии (их доля упала до 62%), и все больше родившихся в Азии.

В 1984 г. в Австралии число врачей на 1000 населения равнялось 2,4 — меньше, чем во многих странах (рис. 3). Пока, однако, оптимальное значение этого показателя не установлено и будущие потребности в медицинских кадрах трудно предсказать. Сейчас принимаются меры для сдерживания роста численности медиков: ограничивается прием в медицинские вузы, иммиграция врачей, а также число врачей, имеющих право выставлять счета по Ме-

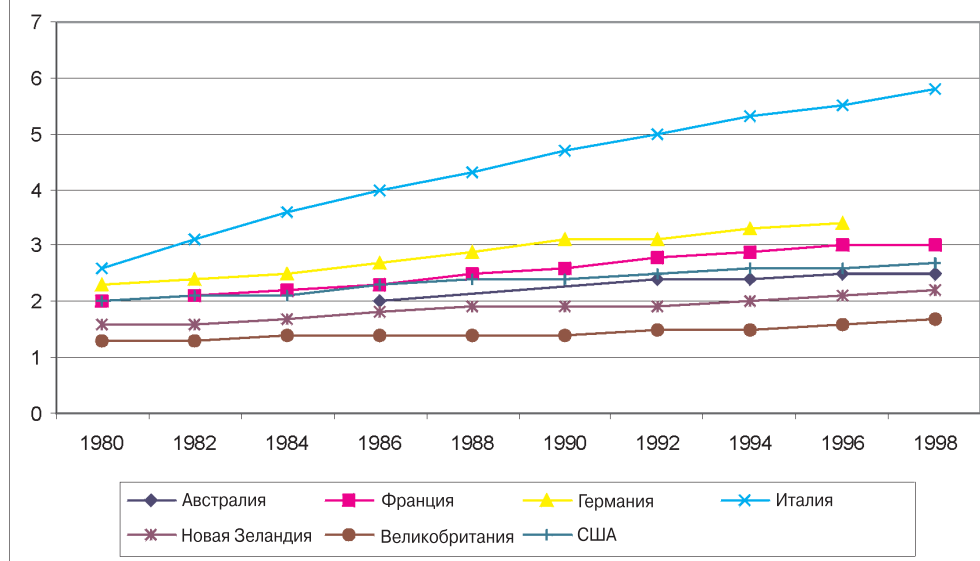
дикэр. С другой стороны, принимаются меры (что не совсем согласуется с вышесказанным) для увеличения притока врачей в сельские и отдаленные районы.

В Австралии на 1000 населения приходится 9,5 медицинской сестры — это средний показатель для стран ОЭСР. В 1990-е гг. число медицинских сестер уменьшилось, возросла доля дипломированных сестер (прошедших трехлетний курс обучения в университете). Во многих учреждениях медицинских сестер не хватает, уменьшается число подготавливаемых и работающих медсестер (с подобными трудностями сейчас сталкиваются многие страны ОЭСР).

Лекарственные средства и медицинская техника

Федеральное правительство руководит лекарственным снабжением и регулирует цены на лекарственные средства через

Рисунок 3. Число практикующих врачей на 1000 населения в Австралии и некоторых других странах ОЭСР



Источник: Данные по здравоохранению в странах ОЭСР, 2001 г.

систему льготного лекарственного обеспечения. Хотя потребление лекарственных средств растет, как и цены на них, эта система позволяет относительно успешно поддерживать их приемлемое качество и цену. Все лекарства из льготного списка (почти три четверти всех выписываемых препаратов) оплачиваются государством, хотя людям часто приходится вносить определенную доплату (недавно была повышена).

Чтобы препарат попал в льготный список, он, во-первых, должен быть зарегистрирован в Австралии. Для этого Министерство здравоохранения Австралии должно рассмотреть и утвердить поданную фармацевтической компанией заявку, содержащую данные по фармакохимическим, токсикологическим, клиникофармакологическим свойствам препарата, его клинической эффективности и безопасности. Во-вторых, Консультативный комитет по льготному лекарственному обеспечению, специальный независимый орган, должен рекомендовать внести зарегистрированный препарат в льготный список. В-третьих, министр здравоохранения должен решить, выполнить эту рекомендацию или нет, после чего Союз договаривается о цене с оптовыми поставщиками.

Распределение средств

Бюджет здравоохранения

Финансирование здравоохранения из федерального бюджета ведется по трем главным направлениям: Медикэр, льготное лекарственное обеспечение и финансирование больниц по соглашениям о медицинском обслуживании. Штаты финансируют здравоохранение за счет средств, поступающих от Союза в общие доходы штатов, несвязанного дохода от налога на товары и услуги и целевых субсидий, а также за счет общих доходов, собираемых в штатах. В соответствии с соглашениями о медицинском обслуживании федеральное

правительство выделяет штатам блочные субсидии на перспективную оплату расходов государственных больниц. Соглашения представляют собой договоры, заключаемые сроком на 5 лет. Размеры субсидий ограничены и рассчитываются исходя из численности и структуры населения и показателей работы больниц. Если за эти пять лет спрос и затраты вырастут, разницу придется покрывать штатам.

Министерство здравоохранения штата играет важную роль в формировании бюджета штата, поскольку около трети его уходит на здравоохранение, причем не менее половины этой суммы приходится на финансирование больниц. В разных штатах средства на здравоохранение распределяются по-разному. Например, Министерство здравоохранения Нового Южного Уэльса распределяет средства между 17 районными управлениями здравоохранения, пользуясь формулой, учитывающей расходы прошлых лет, половозрастную структуру населения и структуру заболеваемости. В других штатах с больницами заключаются договоры, и оплата включает фиксированную часть и оплату по числу леченных с учетом состава больных.

Финансирование больниц

В последние годы методы финансирования государственных больниц существенно изменились, повысились требования к ним со стороны потребителей и их ответственность. Большинство государственных больниц самостоятельно распоряжаются средствами, полученными от штата. Государственные больницы финансируются на основе глобальных бюджетов, предусматривающих постоянные расходы, расходы на научные исследования и обучение, а также оплату по числу больных с учетом их состава. Кроме того, правительства штатов могут на договорной основе покупать услуги частных больниц.

Широко применяется финансирование по диагностическим группам, при котором все больные объединяются в однородные по затратам ресурсов группы и больницы получают тарифицированную опла-

ту за каждый случай. В Австралии разработаны свои критерии формирования групп и весовые коэффициенты затрат. Считается, что такой способ финансирования обеспечивает экономическую эффективность в условиях ограниченного бюджета больницы, не снижая при этом качества лечения.

Заработная плата врачей

В 1996 г. принят «Закон о производственных отношениях», передавший вопросы установления заработной платы из ведения правительства на уровень предприятий. Многие врачи государственных больниц являются штатными сотрудниками, работают полное время и получают за это оклад, в то время как независимые внештатные врачи получают оплату (повременную или по объему оказанных услуг).

Врачи общей практики получают оплату за объем предоставленных услуг. Если врач согласен принимать пациентов за 85% гонорара, установленного по Медикэр, то он выставляет все счета в Комиссию по медицинскому страхованию. Большинство врачей общей практики довольствуются такой оплатой, и их услуги бесплатны для пациентов. Если же врач берет более высокую плату, то он выставляет счет пациенту, который затем может получить в Комиссии по медицинскому страхованию возмещение в размере 85% тарифа по Медикэр. Хотя такая система ограничивает гонорары врачей (в то же время обеспечивая им гарантированную оплату), она не используется как средство влияния на медицинскую практику.

Реформы здравоохранения

Перемен много, но все они носят постепенный, количественный характер. В Австралии, в условиях федеральной формы правления, наличия сложной системы сдержек и противовесов и необходимости достижения согласия между Союзом и штатами

трудно проводить радикальные реформы (по сравнению, например, с Новой Зеландией).

Для реформы здравоохранения Австралии характерны сохранение общедоступного, финансируемого за счет налогов медицинского обслуживания, широкое использование стимулирования предложения для сдерживания затрат, сильная руководящая роль правительства, изменение соотношения государственного и частного секторов в целях укрепления рынка, приверженность принципам общественной солидарности и справедливости. Главные цели нынешнего правительства — поддерживать высокоэффективную, устойчивую и рентабельную систему здравоохранения; дополнить государственный сектор добросовестно работающим и доступным частным сектором, улучшить здоровье всех граждан.

Беспокойство вызывают следующие моменты: правительствам все труднее финансировать здравоохранение в условиях ограниченного бюджета и роста затрат; увеличение спроса на медицинские услуги ставит перед необходимостью введения нормирования; продолжают споры по поводу «правильного» соотношения между государственным и частным медицинским страхованием; острой проблемой является серьезное неравенство доступа к медицинским услугам, особенно для австралийских аборигенов и населения островов в проливе Торреса. Кроме этого, необходимо повысить интеграцию медицинских услуг для обеспечения комплексного лечения больных, усилить требования к медицинскому обслуживанию и контроль за их соблюдением.

Заключение

Австралии нет нужды радикально менять источники и объемы финансирования здравоохранения или его структуру. В то же время общество стремится преодолеть дефицит медицинских услуг и недостатки существующей системы, что широко обсу-

ждается и освещается средствами массовой информации.

Несмотря на положительную в целом оценку здравоохранения, отдельные моменты вызывают недовольство, например длинные очереди на госпитализацию, фактическое неравенство доступа к медицинской помощи для сельских и городских жителей. Результаты недавних опросов населения и крайне плохое состояние здоровья коренных жителей показывают, что нельзя останавливаться на достигнутом.

Три главные цели реформы здравоохранения — обеспечить справедливость (в отношении финансирования, доступности и использования медицинских услуг), экономичность (высокую отдачу вложенных средств) и качество (высокие стандарты и эффективность лечения).

Справедливость обеспечивается в основном благодаря преимущественному финансированию здравоохранения за счет налогов. Программа Медикэр, введенная в 1984 г., продолжает работать и пользуется поддержкой всех основных политических партий. Возросла доля пациента в совместной оплате, однако малообеспеченным и тем, кто нуждается в больших объемах услуг, предоставляются скидки. Предпринимаются усилия для более справедливого распределения финансирования между штатами, географическими районами и категориями населения. Никак не удается решить острейшие проблемы — улучшить здоровье аборигенов и повысить доступность и качество медицинской помощи в обширных сельских и отдаленных районах Австралии. Все это нарушает принцип социальной солидарности. Вызывает опасе-

ния возможность образования двухуровневой системы здравоохранения: один уровень — для охваченных только программой Медикэр и второй — для тех, кто пользуется дополнительным частным страхованием.

В последние годы экономическая эффективность здравоохранения повысилась. Достигнуты некоторые успехи в сдерживании затрат, прежде всего за счет стимулирования предложения, проведена большая работа по улучшению работы медицинских учреждений. Расходы на здравоохранение в Австралии соответствуют ожидаемому уровню для благополучной страны (около 8,5% ВВП).

Большое внимание уделяется вопросам качества, особенно созданию систем обеспечения качества и оценке конкретных результатов деятельности по охране здоровья. В Австралии хорошо налажен сбор данных в системе здравоохранения, но мало систем организованного контроля за соблюдением норм. В стране готовят высококвалифицированные медицинские кадры, программы обучения регулярно обновляются. Здравоохранение в целом работает успешно: растет средняя продолжительность жизни, уменьшается смертность от многих заболеваний.

Процесс реформирования здравоохранения идет постоянно, поскольку меняются потребности населения, появляются новые технологии, меняются правительства и их идеологические предпочтения. Задачи обеспечения жизнеспособности, рентабельности и эффективности системы здравоохранения придется решать и в XXI веке.



Обзор системы здравоохранения Австралии подготовлен Мелиссой Хиллесс (Министерство здравоохранения Австралии) и Джудит Хили (Европейская обсерватория по системам здравоохранения). Помощь в работе оказали Джанет Квигли и Ким Веббер из Министерства здравоохранения Австралии.

Европейская обсерватория по системам здравоохранения выражает благодарность рецензентам обзора: профессору Тони Эндрюсу и доктору Джиму Батлеру (Национальный центр эпидемиологии и здоровья населения, Австралийский национальный университет), профессору Стефену Дакету (медико-санитарный факультет Университета Ла Троб), доценту Джейн Холл (Центр исследований и экономики здравоохранения, Университет Сиднея) и Джону Госсу (Австралийский институт здравоохранения и социального обеспечения). Мы также благодарим за поддержку Министерство здравоохранения Австралии и Боба Экхардта из Международного отдела за помощь в работе над обзором.

Полный текст обзора можно найти на сайте www.observatory.dk.

Каждый обзор из серии «Системы здравоохранения: время перемен» содержит всесторонний анализ системы здравоохранения и ее реформ — проводимых и разрабатываемых. Обзоры служат основой деятельности Европейской обсерватории по системам здравоохранения.

Европейская обсерватория по системам здравоохранения — уникальная организация, в которой сотрудничают Европейское региональное бюро ВОЗ, правительства Греции, Норвегии и Испании, Европейский инвестиционный банк, Институт «Открытое общество», Всемирный банк, Лондонская школа экономических и политических наук, Лондонская школа гигиены и тропической медицины. Цель этого сотрудничества — поддерживать и развивать научно обоснованные методы управления здравоохранением, разработанные на основе глубокого и всестороннего изучения опыта разных европейских стран.