

Реферат обзора

Финляндия

Введение

Государственный строй и новейшая политическая история

Финляндия стала самостоятельной республикой с собственной конституцией в 1917 г., после выхода из состава России. В 1995 г. Финляндия вошла в Европейский союз. Нынешнее правительство сформировано коалицией пяти партий, возглавляемой Социал-демократической партией Финляндии и консервативной Национальной коалиционной партией.

Население

В 2000 г. численность населения составляла 5 млн человек. Несмотря на то что средний возраст населения Финляндии несколько ниже, чем в целом в странах Европейского союза, в ближайшие 20 лет доля лиц в возрасте 65 лет и старше превысит 50%.

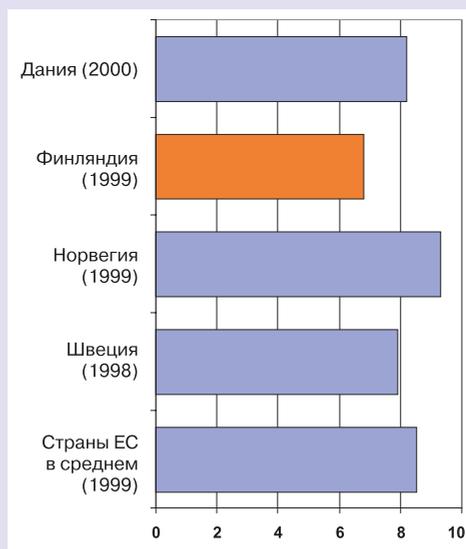
Средняя продолжительность жизни

По сравнению с 1960-ми гг. средняя продолжительность жизни существенно возросла, в основном благодаря значительному снижению смертности от ишемической болезни сердца и других сердечно-сосудистых заболеваний. В 2000 г. средняя продолжительность жизни мужчин составляла 74 года, женщин — 81 год.

Основные причины смерти

Примерно половина всех смертей обусловлена сердечно-сосудистыми заболеваниями, второе место занимают злокачественные новообразования. Нередкая причина смерти мужчин моложе 35 лет — самоубийство. С середины 1990-х гг. детская смертность не превышает 5 на 1000 ново-

Рисунок 1. Объем финансирования здравоохранения (% ВВП) в Финляндии, некоторых других странах и в среднем в странах ЕС



ЕС — Европейский союз

Источник: Европейское региональное бюро ВОЗ, Европейская база данных «Здоровье для всех»

рожденных (это один из самых низких в мире показателей).

Новейшая история здравоохранения

Государственное здравоохранение зароди-

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>

лось в XVII в., когда муниципалитеты стали нанимать врачей для оказания медицинской помощи населению. В 1950-е гг. в ведение муниципалитетов перешли больницы. Первичное медицинское обслуживание, в отличие от специализированного, было развито слабо. Поэтому в 1972 г. был принят закон, в соответствии с которым появилась сеть государственных центров первичного медицинского обслуживания, предоставляющих комплексную лечебно-профилактическую помощь.

В 1984 г. создана единая система планирования и финансирования медицинской и социальной помощи. С конца 1980-х гг. началась децентрализация здравоохранения: муниципалитеты становятся все более самостоятельными в организации медицинской и медико-социальной помощи.

Финансирование здравоохранения и ВВП

Быстрый рост ВВП, наблюдавшийся после экономического кризиса первой половины 1990-х гг., привел к снижению доли здравоохранения в ВВП. В 1999 г. она равнялась 6,8% (это один из самых низких в странах Европейского союза показателей). В том же году абсолютные расходы на здравоохранение в расчете на душу населения составили 1502 доллара США (в среднем в странах Европейского союза этот показатель примерно на 20% больше). Доля государственных средств в затратах на здравоохранение в 1999 г. равнялась 76%.

Краткое содержание реферата

Система здравоохранения Финляндии формировалась в течение многих лет. Ее отличительные черты — финансирование за счет налогов, предоставление большинства медицинских услуг государственными учреждениями и муниципальное управление — имеют давние традиции. С 1970-х гг. возросла роль первичного медицинского

обслуживания и других видов амбулаторной помощи. В дальнейшем особое внимание уделялось сокращению затрат, прежде всего на медико-социальную помощь и лекарственные средства. Финская система здравоохранения достигла больших успехов и с честью вышла из экономического кризиса начала 1990-х гг. Тем не менее многие задачи пока не решены: больные ограничены в выборе врача; особенности системы финансирования и небольшие размеры муниципалитетов порождают неравенство в обеспечении медицинским обслуживанием.

Структура и управление

В структуре управления здравоохранением выделяют 2 основных уровня — центральный (правительство) и местный (муниципалитеты). Кроме того, в руководстве здравоохранением участвуют лянги (губернии) — административные единицы страны, а в руководстве больницами — больничные округа (объединения муниципалитетов). Важная задача больничных округов — обеспечить общедоступность, качество и рентабельность медицинского обслуживания; решить эту задачу на уровне муниципалитетов очень трудно из-за их малых размеров.

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

В обязанности муниципалитетов (в 2000 г. их насчитывалось 448) входят укрепление здоровья населения, профилактика и лечение заболеваний, реабилитация и стоматологическая помощь. Планированием и организацией местного здравоохранения

занимаются муниципальный комитет здравоохранения (иногда он объединен с комитетом по социальному обеспечению), муниципальный совет и исполнительный комитет; все они отчитываются непосредственно перед населением. В стране существуют 20 больничных округов (объединенный муниципалитетов), ответственных за специализированное медицинское обслуживание на своей территории. Каждый муниципалитет относится к определенному больничному округу.

С 1997 г. в состав Финляндии входят пять губерний (ляни) и Аландские острова (автономная административная единица). В каждой административной единице имеются свои службы здравоохранения, которые обеспечивают выполнение поставленных центральными органами власти задач. Губернии отвечают за планирование капитальных вложений, направляют и контролируют деятельность государственных учреждений первичного и специализированного медицинского обслуживания.

Планирование, нормирование и управление

Благодаря реформе системы государственных субсидий (1993 г.) здравоохранение стало менее централизованным. Местные власти получили больше самостоятельности, а центральное управление сосредоточилось на развитии информационных сетей, разработке законодательной базы и экспериментальных программ. В то же время государство оставило за собой право регламентировать ряд важных вопросов, таких, как определение максимального уровня цен на медицинские услуги.

Ежегодно муниципалитеты каждого больничного округа обсуждают организацию стационарной медицинской помощи на территории своего округа. Больничный округ устанавливает цены на медицинские услуги и не является покупателем этих услуг. Таким образом, поставщики и покупатели медицинских услуг пока не разделены. Внутри больничного округа существует механизм выравнивания расходов, со-

гласно которому затраты на дорогостоящее лечение распределяются между всеми входящими в округ муниципалитетами.

Принятый в 1979 г. закон об охране труда обязал работодателей обеспечивать профилактику профессиональных заболеваний и производственных травм. Работодатели могут организовать собственный медицинский центр либо оплачивать услуги частных или муниципальных медицинских учреждений.

Децентрализация здравоохранения

Финское здравоохранение в значительной степени децентрализовано, так как основную часть административных функций несут муниципалитеты. В результате организация медицинского обслуживания и его тактика в разных муниципалитетах существенно различаются, равно как и затраты на здравоохранение в расчете на душу населения.

Финансирование и затраты

Основная система финансирования

Медицинская помощь предоставляется всем постоянным жителям Финляндии и финансируется преимущественно за счет налогов (как общегосударственных, так и местных). В 1999 г. доля муниципалитетов в финансировании здравоохранения составляла 43%, доля государственных субсидий — 18%, доля государственной системы медицинского страхования — 15%, доля частных источников (главным образом это население) — 24%. В 1990-е гг. вследствие экономического кризиса доля государственных субсидий сократилась, а доля государственной системы медицинского страхования возросла, преимущественно за счет увеличения потребления новых дорогостоящих лекарственных

средств. Примерно половину дохода муниципалитетов составляют налоги; на здравоохранение тратится около 25% муниципального бюджета. Нынешняя система государственного финансирования из нескольких источников затрудняет взаимодействие между ними; ее нужно сделать более четкой и простой.

Набор медицинских услуг

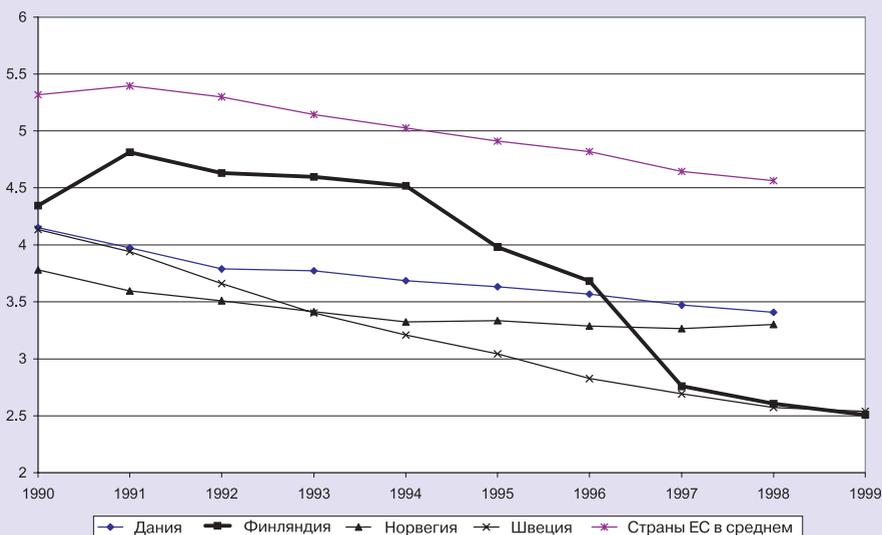
В Финляндии пока не планируется вводить строго оговоренный основной набор медицинских услуг. Некоторые услуги не оплачиваются государством, например стоматологическая помощь определенным группам населения (к концу 2002 г. планировалось охватить государственным стоматологическим обслуживанием все население) и изготовление очков. В то же время экстракорпоральное оплодотворение и хирургическое лечение варикозного расшире-

ния вен входят в перечень услуг, предоставляемых государством.

Дополнительные источники финансирования

Доля платных услуг в финансировании здравоохранения увеличилась как в относительных (вследствие сокращения государственных расходов), так и в абсолютных единицах (из-за роста цен на услуги муниципальных медицинских учреждений, отмены налоговых вычетов на оплату лекарственных средств и других видов медицинской помощи, уменьшения выплачиваемых государственной системой медицинского страхования возмещений расходов на лекарственные средства). Малоимущие не освобождаются от платы за медицинские услуги, поэтому они вынуждены обращаться в систему социального обеспечения. В начале 2000 г. был установ-

Рисунок 2. Число больничных коек на 1000 населения в Финляндии, некоторых других странах и в среднем в странах ЕС



ЕС — Европейский союз

Источник: Европейское региональное бюро ВОЗ, Европейская база данных «Здоровье для всех»

лен предельный годовой уровень расходов граждан на медицинские услуги.

Добровольное медицинское страхование

Добровольное медицинское страхование в Финляндии стало развиваться лишь недавно и пока не играет существенной роли. В 1980 г. оно покрывало около 0,8% всех затрат на здравоохранение, а в 1990 г. — примерно 1,7%. В последнее время доля добровольного страхования увеличилась до 2%, прежде всего за счет расширения предоставляемых частными страховыми компаниями услуг по реабилитации.

Затраты на здравоохранение

Объем финансирования здравоохранения снизился с 7,5% ВВП в 1995 г. до 6,8% в 1999 г. В то же время абсолютные затраты на душу населения за тот же период возросли с

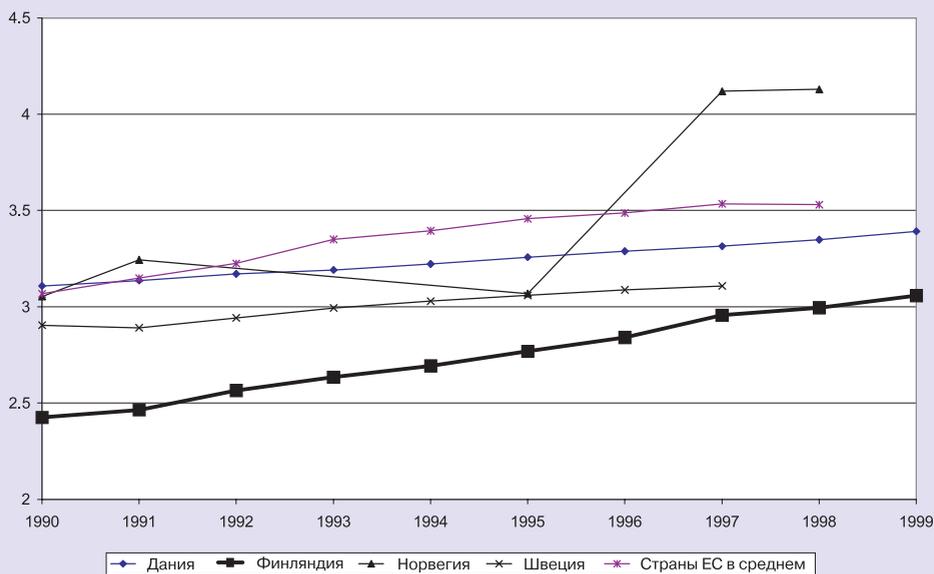
1421 до 1547 долларов США. Изменилась и структура затрат. Так, в 1990-е гг. значительно увеличились расходы на лекарственные средства и уменьшились государственные затраты на стационарное лечение.

Медицинское обслуживание

Первичное медицинское обслуживание

После принятия в 1972 г. закона о первичном медицинском обслуживании была создана сеть центров первичной медицинской помощи. Работающие в таких центрах врачи разных специальностей и средний медицинский персонал отвечают за лечебную и профилактическую помощь населению определенного района. Организация медицинского обслуживания за-

Рисунок 3. Число врачей на 100 населения в Финляндии, некоторых других странах и в среднем в странах ЕС



ЕС — Европейский союз

Источник: Европейское региональное бюро ВОЗ, Европейская база данных «Здоровье для всех»

коном подробно не оговорена и в большинстве случаев оставлена на усмотрение муниципалитетов. Важную роль, особенно в такой области, играет средний медицинский персонал. Возможность выбрать врача или больницу ограничена, однако в настоящее время обсуждается предоставление больным большей свободы выбора.

Чтобы обеспечить преемственность медицинской помощи, повысить ее доступность и сократить время ожидания приема у врача общей практики, в 1980-е гг. в Финляндии создана система личных (семейных) врачей. Впоследствии эта система продолжала развиваться, и в настоящее время существуют многопрофильные бригады, включающие врачей и средний медицинский персонал, которые отвечают за первичное медицинское обслуживание населения определенного района.

Центры первичной медицинской помощи обеспечивают большинство видов профилактики, в том числе охрану материнства и детства и медицинское обслуживание школьников. Среди наиболее заметных достижений финского здравоохранения — снижение смертности от сердечно-сосудистых заболеваний и устранение их факторов риска. В то же время еще предстоит усовершенствовать взаимодействие между учреждениями первичной и специализированной медицинской помощи, чтобы обеспечить преемственность медицинского обслуживания на всех уровнях.

Специализированная медицинская помощь

Специализированная медицинская помощь предоставляется в амбулаторных и стационарных отделениях государственных больниц. В 1990-е гг. число больничных коек уменьшилось на треть (7,6 на 1000 населения в 1999 г.), а средняя продолжительность госпитализации — на 40%. Число госпитализаций за тот же период возросло на 20%. Сроки госпитализации сократились благодаря внедрению новых технологий, развитию амбулаторной хи-

рургии и расширению других видов амбулаторной помощи.

В частности, многих больных с психическими расстройствами, которых ранее длительно лечили в стационаре, перевели на амбулаторное лечение, домашний уход или наблюдение в учреждениях первичного медицинского обслуживания. Однако сокращение числа больничных коек пока опережает возможности амбулаторного обслуживания, поэтому психиатрическая помощь — одно из приоритетных направлений развития финского здравоохранения. В 2001 г. были увеличены государственные субсидии, выделяемые муниципалитетам на психиатрическую помощь, а Министерство социального обеспечения и здравоохранения и Ассоциация местных и региональных органов власти опубликовали рекомендации по обеспечению ее качества.

Медико-социальная помощь

Медико-социальная помощь, в том числе детские сады, социальное обеспечение детей, уход за престарелыми, инвалидами и наркоманами, находится в ведении муниципалитетов. Экономический кризис 1990-х гг. стал серьезным испытанием для социальных служб. Сокращение финансирования привело к уменьшению объема социальной помощи престарелым и инвалидам, число которых неуклонно увеличивается из-за старения населения. Предпринят ряд мер по борьбе с последствиями кризиса, в том числе разработка государственных рекомендаций, касающихся ухода за престарелыми. Обсуждается введение дополнительного добровольного страхования, которое покрывало бы затраты на такой уход. Предполагается, что оно будет осуществляться не частными страховыми компаниями, а государственной системой страхования.

Медицинские кадры и обучение медицинских работников

Большинство медицинских работников — муниципальные служащие. В 1999 г. число врачей на душу населения было несколько

ниже, чем в среднем в странах Европейского союза, в то время как количество среднего медицинского персонала оказалось самым высоким в Западной Европе. В связи со старением населения потребность в медицинском персонале, вероятно, будет расти, так что недостаток врачей и других медицинских работников станет еще заметнее.

Лекарственные средства и медицинские технологии

Все лекарственные средства должны быть одобрены Государственным управлением по лекарственным средствам. Совет по ценообразованию на лекарственные средства регламентирует цены на препараты, затраты на которые компенсируются государственным страхованием. Таких препаратов большинство. Аптеки находятся в частной собственности и могут работать только по лицензии Государственного управления по лекарственным средствам.

С начала 1990-х гг. и вплоть до 1998 г. затраты на лекарственные средства ежегодно увеличивались на 10%, преимущественно из-за появления новых дорогостоящих препаратов и редкого назначения непатентованных лекарственных средств. С 1997 г. предпринимаются попытки сократить эти расходы. Так, разработана государственная программа, направленная на изменение порядка врачебных назначений. Однако этих мер явно недостаточно, так как в 1999 г. затраты на лекарственные средства вновь увеличились. В 1995 г. Государственным научно-исследовательским центром социального обеспечения и здравоохранения учрежден независимый Центр оценки медицинских технологий, основная задача которого — повышение эффективности и рентабельности медицинского обслуживания.

Распределение средств

С 1993 г. государственные субсидии муниципалитетам выделяют заранее, а распоряжаться ими местные власти могут по

своему усмотрению. Размеры субсидий определяются в основном численностью населения с учетом его возрастной структуры и заболеваемости. Предполагается, что государственное финансирование капитальных вложений будет постепенно сокращаться (с 2002 г. оно составляет не более 25% капитальных затрат). Муниципалитетам разрешено брать ссуды на капитальные вложения и другие нужды.

Финансирование больниц

В результате реформы системы государственных субсидий (1993 г.) муниципалитеты оплачивают работу больниц в соответствии с объемом услуг, предоставленных населению. Несмотря на разнообразие в методах определения больничных услуг и установления цен на них, при выставлении счетов муниципалитетам больницы и больничные округа все чаще руководствуются клиничко-затратными группами.

Зарботная плата врачей

В муниципальных центрах первичной медицинской помощи и больницах врачи обычно получают фиксированную заработную плату, а также доплату за вызовы и выдachu справок о состоянии здоровья. В центрах первичной медицинской помощи, где введена система личных врачей, заработок последних складывается из фиксированного оклада (примерно 60%), доплаты за численность обслуживаемого населения (20%) и оказанные услуги (15%), а также доплаты от муниципалитета.

Условия оплаты труда медицинского персонала обсуждаются на переговорах между Комитетом муниципальных работодателей и профессиональными союзами медицинских работников.

Реформы здравоохранения

Реформы, предпринятые правительством в 1980-х и 1990-х гг., были направлены не

на реорганизацию здравоохранения в целом, а на решение отдельных задач в той или иной его области с помощью соответствующих целевых программ. Так, в 1980-е гг. создана система личных врачей, предназначенная для уменьшения очередей на прием к врачу общей практики. Начиная с 1997 г. принимаются меры по сокращению затрат на лекарственные средства. В 2001 г. разработаны и приняты рекомендации по организации ухода за больными с психическими расстройствами, способствующие развитию амбулаторной помощи в условиях резкого сокращения числа больничных коек. В мае 2001 г. принята основанная на рекомендациях ВОЗ новая государственная программа укрепления здоровья населения, которая рассчитана на 15 лет.

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

Заключение

Финская система здравоохранения достигла больших успехов. Она с честью вышла из экономического кризиса начала 1990-х гг.: несмотря на сокращение финансирования, качество и объем медицинских услуг остались на прежнем уровне. Тем не менее многие задачи пока не решены. Затраты на здравоохранение в расчете на душу населения и объем медицинских услуг в разных муниципалитетах существенно различаются. Сокращение числа больничных коек не вполне компенсируется расширением амбулаторной помощи. В ближайшем будущем станет еще заметнее нехватка медицинского персонала, поскольку доля пожилых в Финляндии быстро растет. Больные ограничены в выборе врача и больницы. И наконец, особенности системы финансирования здравоохранения, в частности рост доли платных услуг, порождают неравенство в обеспечении медицинским обслуживанием.

Таблица 1. Показатели работы больниц в странах Европы

Страна	Число больничных коек на 1000 населения	Число госпитализаций на 100 населения	Средняя продолжительность госпитализации, дни	Средняя занятость койки, %
Дания	3,3 ^а	19,2 ^г	5,5	79,9 ^а
Финляндия	2,4	19,3 ^в	4,3	74,0 ^г
Норвегия	3,1	14,5 ^в	6,0	85,2
Швеция	2,5	15,9 ^в	5,5 ^а	77,5 ^в
Страны Европейского союза в среднем	4,2 ^а	17,1 ^г	8,2 ^б	77,0 ^б

В отсутствие данных за 2000 г. приведены самые свежие данные ^а 1999, ^б 1998, ^в 1996, ^г 1995.

Источник: база данных программы «Здоровье для всех» Европейского регионального бюро ВОЗ

Обзор системы здравоохранения Финляндии подготовлен Юттой Ярвелин и отредактирован Аной Рико и Терезой Сетани. Европейская обсерватория по системам здравоохранения благодарит Марьятту Бланко Секейрос и Раймо Ямсена (Министерство социального обеспечения и здравоохранения), Пекку Куосманена (правление губернии Восточная Финляндия) и Микко Виенонена (Всемирная организация здравоохранения) за рецензирование обзора. Редакторы выражают признательность Рейнхарду Буссе (Европейская обсерватория по системам здравоохранения) за ценные замечания. 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.