

Реферат обзора

Венгрия

Основные положения

Введение

Венгрия – государство в Центральной Европе с населением порядка 10 млн человек, из которых около 1,7 млн человек проживают в столичном Будапеште. Несмотря на сильный экономический рост 2001–2006 годов, Венгрия стала одной из тех стран региона, на которых глобальный финансовый кризис сказался больше, что отразилось и на сокращении ВВП на 6,7% в 2009 году. Венгрия – республика с парламентской формой правления и однопалатным парламентом, депутаты которого избираются сроком на 4 года. Административно-территориальное управление осуществляется на трех уровнях: национальном (центральное правительство), региональном и муниципальном (двухуровневая система органов местного самоуправления). С мая 2004 года Венгрия является страной-членом ЕС.

Несмотря на значительное повышение с середины 1990-х годов, ожидаемая продолжительность жизни при рождении в Венгрии все еще остается одной из самых низких в Европе, уступая среднему показателю по ЕС-27 на 5,1 лет. Основными причинами смерти являются болезни системы кровообращения, злокачественные новообразования, болезни органов пищеварения и внешние причины, причем показатель смертности по каждой из перечисленных причин превышает аналогичный средний показатель по ЕС-27. Средовые факторы, в особенности традиционная нездоровая венгерская кухня, злоупотребление алкоголем и табаком, играют исключительно важную роль в формировании общего состояния здоровья населения. Показатель младенческой смертности

значительно снизился с 1950-х годов, но все еще на 20% выше среднего аналогичного показателя по ЕС-27 по данным за 2009 год.

Организационная структура и управление

Конституция Венгрии гарантирует гражданам право на здоровую среду обитания, наилучший уровень медицинской помощи, включая охрану психического здоровья, а также дифференцированных льгот в виде социальной защиты. Согласно Конституции ответственность за социальное благосостояние и предоставление медицинской помощи всецело возложено на центральное правительство, однако другие органы также принимают участие в решении вопросов, связанных с организацией и функционированием системы здравоохранения. Текущие расходы на медицинское обслуживание в системе единого плательщика обеспечиваются в основном за счет обязательных безрисковых взносов на медицинское страхование, поступающих от соответствующих категорий граждан или от правительства (из средств государственного бюджета). Критерии соответствия граждан льготам определяются на основе данных взносов, консолидируемых в Фонде медицинского страхования, управление которым осуществляет Национальный фонд медицинского страхования, выполняющий функции единого плательщика в системе. Национальный фонд медицинского страхования находится под прямым управлением со стороны государства, не имеет приоритетного права в сборе средств или при утверждении бюджета, а также обладает ограниченным приоритетным правом принятия решений о закупке.

Центральное правительство обладает почти исключительным правом разработки стратегического планирования, а также правом разработки и внедрения нормативно-правового регулирования. Центральное правительство осуществляет жесткий контроль над сбором средств, а также определяет пакеты льгот, утверждает единые требования к отчетам поставщиков, утверждает бюджеты, распределяет финансовые ресурсы и участвует в заключении договоров с поставщиками и оплате предоставляемых ими медицинских услуг.

Органам местного самоуправления принадлежит большинство больниц и других медицинских учреждений. Они также несут ответственность за капитальные затраты на медицинское обслуживание, а также за обеспечение медицинской помощи. Частные предприниматели и компании играют основополагающую роль в секторе ПМСП и медикаментозной помощи, а также все большую роль в секторе специализированной помощи. Привлечение частного капитала для предоставления стационарной помощи, однако, остается неоднозначным.

На сегодняшний день руководители сектора здравоохранения мало преуспели в изменении организационной структуры в других областях государственной политики с целью создания соответствующей организационной структуры для установления межсекторальных целей здравоохранения. Кроме того, несмотря на то, что был предпринят ряд попыток улучшить доступность медицинской помощи для обособленных социальных групп, плановых мер по борьбе с неравенством в доступе к медицинской помощи, как части более широкой парадигмы социальных детерминант здоровья, до сих пор не предпринято.

Финансирование

Вопрос финансирования системы здравоохранения оставался первостепенным на повестке системы здравоохранения на протяжении ряда последующих правительств, начиная со свержения коммунистического режима. В результате первой волны реформ

(1989–1993) был осуществлен переход от системы, финансируемой в основном из средств налогоплательщиков, к системе, основанной на ОМС. В 2009 году в Венгрии на здравоохранение было выделено 7,4% от ВВП, при этом доля государственных расходов в общих расходах на здравоохранение составила 69,7%. На протяжении ряда лет расходы на здравоохранение были нестабильными и характеризовались несколькими периодами повышения, за которыми следовали более продолжительные периоды, связанные с сокращением расходов и бюджета. Доля общих расходов на здравоохранение, приходящаяся на частные источники, постоянно росла и по большей части была представлена личными платежами граждан. Вместе с тем в 2009 году доля ДМС составила всего 7,4% частных и 2,7% общих расходов на здравоохранение.

Государственные расходы на здравоохранение в основном финансируются из совокупных источников – взносов и трансферт на медицинское страхование из средств общего налогообложения. За последние годы была отмечена тенденция к растущему использованию второго компонента.

Все жители Венгрии подлежат обязательному участию в медицинском страховании, и отказ от него запрещен. В рамках действующего законодательства ОМС теоретически должно охватывать 100% населения, но достоверные сведения о статусе медицинского страхования порядка 4% населения отсутствуют. Пакет льгот носит обширный, но не исчерпывающий характер. В настоящее время действуют как перечень, гарантируемых государством льготных видов помощи, так и перечень исключенных из льготного видов помощи.

Значительная и относительно стабильная доля личных платежей граждан приходится на неформальные платежи, которые представляют собой хорошо известное явление в системе здравоохранения Венгрии. На сегодня ДМС не играет значительной роли и выполняет исключительно дополнительные функции. Общие расходы на здравоохранение также финансируются из других источников, таких как субсидии от ЕС, инвестируемые

ежемесячно на развитие кадровых ресурсов и инфраструктуры сектора здравоохранения.

Функции сбора и консолидации финансовых средств в системе медицинского страхования Венгрии разделены, однако система использует простые механизмы распределения ресурсов органом, осуществляющим их сбор (Казначейство), для дальнейшего использования органом, отвечающим за консолидацию средств (Национальный фонд медицинского страхования) и выполняющим функции единого плательщика в системе. Вместе с тем Национальный фонд медицинского страхования не в достаточной степени обладает приоритетным правом заключения договоров с поставщиками медицинских услуг в силу того, что данный процесс строится на договорной модели, а условия договоров утверждаются Национальной ассамблеей.

Система оплаты поставщиков медицинских услуг стала исходить из конечных результатов, а сами механизмы оплаты стали учитывать вид предоставляемых медицинских услуг, а не тип медицинского учреждения, в котором данный вид медицинских услуг предоставляется. Услуги семейных врачей финансируются на основе подушевого норматива, специализированная амбулаторная помощь – исходя из балльной системы на основе общего объема услуг, стационарная помощь в больницах краткосрочного лечения – исходя из системы оплаты на основе DRG/KCG, стационарная помощь в больницах долгосрочного лечения – по количеству койко-дней. К таким отдельным видам услуг, как перенаправление пациентов в экстренном порядке, применяются особые правила. Врачи либо получают фиксированную зарплату, либо являются частными предпринимателями, с которыми Национальный фонд медицинского страхования заключает договоры, в то время как остальные медицинские работники в основном получают фиксированную зарплату.

Материальные и кадровые ресурсы

В 2009 году в Венгрии насчитывалось 175 больниц, коечный фонд которых в среднем составлял 470 единиц с минимальной мощностью в 10 коек и максимальной в 2166 коек. Несмотря на то, что территориальное неравенство в доступе к медицинской помощи на региональном уровне в целом значительно уменьшилось за последние 20 лет, соотношение мощностей больниц и фактического объема помощи, отвечающего потребностям населения, по-прежнему оставляет желать лучшего. На инфраструктуре больниц сильно сказалось отсутствие государственных субсидий на капитальный ремонт и оборудование. В целом инвестиции в сектор здравоохранения плохо регулируются и продиктованы региональными и муниципальными экономическими интересами, а не потребностями населения в медицинской помощи.

В 2009 году органам местного самоуправления принадлежало 78% всего коечного фонда, из которых почти 20% приходилось на Будапешт. Правительство Венгрии, следуя примеру большинства стран Европы, сократило число коек в больницах краткосрочного лечения как посредством проведения фактических сокращений, так и с помощью перераспределения коечного фонда на другие виды оказания медицинской помощи. Мощности для оказания долговременной патронажно-реабилитационной медицинской помощи в стационарных и амбулаторно-поликлинических учреждениях все еще недостаточно, вследствие чего невозможно удовлетворить фактические потребности пожилого населения. В целом с 1990-х годов средняя продолжительность пребывания в стационаре и уровень госпитализации снизились, равно как и уровень занятости койки.

В 2008 году в Венгрии в отношении кадровых ресурсов в секторе здравоохранения наблюдалось следующее: на 1000 человек населения приходилось 3,1 действующих

врача. Число врачей значительно снизилось с 2003 года, а возросшая мобильность медицинских работников может привести к дальнейшему снижению данного показателя в ближайшем будущем. Врачи распределены по стране неравномерно как по территориальному признаку, так и по специализациям. Такая же тенденция характерна и для среднего и обслуживающего медицинского персонала. Принимая во внимание, что, во-первых, Венгрия является страной-донором в отношении миграции медицинских работников, и во-вторых, среди медицинских работников в целом отмечается тенденция к старению, текущий кризис, связанный с нехваткой медицинских работников, легко объясним.

Заработная плата медицинских работников, в особенности врачей, осталась на достаточно низком уровне по сравнению с другими секторами экономики страны, а также в сравнении с другими странами Западной Европы. По-прежнему широко распространены неформальные платежи, однако они распределяются среди медицинских работников неравномерно.

Предоставление медицинских услуг

Оказание медицинской помощи основано на конституционном обязательстве государства предоставлять доступное медицинское обслуживание всем соответствующим категориям граждан. В основе системы лежит территориальный принцип обязательного предоставления медицинского обслуживания, согласно которому ответственность за предоставление медицинских услуг распределена между органами местного самоуправления по регионам и уровням оказания медицинской помощи; муниципалитеты несут ответственность за обеспечение ПМСП, а региональные власти – за обеспечение специализированной помощи на подведомственной им территории.

Службы общественного здравоохранения Венгрии находятся в ведении центрального

правительства, в частности Министерства национальных ресурсов, предоставляющего данного вида услуги посредством Национальной службы здравоохранения Венгрии, в ведении которой находится: общественное здравоохранение; социальная медицина и администрирование сектора здравоохранения; надзор над предоставлением медицинских услуг; мониторинг и анализ санитарных условий, эпидемиологических данных и изменений в состоянии здоровья населения, а также продвижение здорового образа жизни и профилактика заболеваний.

Муниципалитеты отвечают за обеспечение ПМСП, включая семейную помощь (через семейных врачей и семейных педиатров), стоматологическую помощь, хирургическую помощь в нерабочее время, охрану здоровья матери и ребенка и организацию медицинской помощи в школах. Семейные врачи не обладают исключительной контролирующей функцией (некоторые услуги специализированной помощи доступны пациентам без направления участкового терапевта), а та контролирующая функция, которую они выполняют, неэффективна. Оказание специализированной и высокоспециализированной медицинской помощи осуществляют муниципалитеты, регионы, центральное правительство и частные поставщики. Различные поставщики осуществляют деятельность в широком масштабе в зависимости от уровня помощи, числа охватываемых специализаций и вида оказываемой медицинской помощи. В 2009 году в Венгрии насчитывалось 11,95 амбулаторных посещений на душу населения в год, что позволило ей занять третье место среди стран Центральной и Юго-Восточной Европы, после Словакии и Чешской республики.

Основной принцип оказания стационарной помощи состоит в предоставлении медицинской помощи на самом нижнем уровне специализации, обеспечивающем соответствующее лечение, а направление в больницы с более высокими уровнями специализации возможно только по необходимости. Избежание ненужной госпитализации признано одним из способов

повышения эффективности, а оказание помощи в дневных стационарах регулируется рядом нормативных правовых актов, принятых, главным образом, за последние 15 лет. Скорая медицинская помощь оказывается службами ПМСП (семейные врачи, службы оказания медицинской помощи в нерабочие часы), поликлиниками, стационарами (ночными), Национальной службой скорой медицинской помощи, а также отделениями скорой медицинской помощи в больницах различного уровня специализации.

За оказание медикаментозной помощи несут ответственность четыре различных вида аптек, каждой из которых требуется аккредитация со стороны Национальной службы здравоохранения. Фармацевты несут личную ответственность за функционирование аптек, находящихся в их ведении. В целом каждый врач и стоматолог имеет право предписывать лекарственные средства. Затраты на отдельные категории лекарственных средств включены в схему медицинского страхования, однако, виды и размеры льготного возмещения данных видов расходов варьируют. Препараты, подлежащие включению в перечень льготных, проходят оценку на основе ряда критериев, включая соответствие проводимой политике в области здравоохранения и соображениям экономической эффективности. Цена на медицинские препараты определяется рыночной стоимостью.

Сектор реабилитационной медицинской помощи финансируется в недостаточной степени и укомплектован медицинским персоналом не полностью, а доступ к данным медицинским услугам характеризуется значительными региональными различиями. Долговременную помощь обеспечивают сектор здравоохранения и социальный сектор. Органы местного самоуправления несут ответственность за предоставление социальной помощи, которая оказывается в виде денежных компенсаций и льготных товаров, предназначенных преимущественно для бедных слоев населения и инвалидов. Паллиативная помощь все еще находится в зачаточном состоянии. В стране была

признана значимость людей, неформально выполняющих функции ухода за больными и инвалидами, которым в отдельных случаях положена финансовая поддержка со стороны государства. Охрана психического здоровья является составной частью основной системы здравоохранения и социальной помощи как с организационных, так и с финансовых позиций. Амбулаторная помощь при хронических состояниях оказывается в диспансерах, а стационарная помощь может также быть оказана в условиях дневного стационара. Большинство стоматологических услуг предоставляются населению бесплатно службами ПМСП, специализированной помощи и медицинских услуг в нерабочее время. Стоматологическая помощь представляет собой вид медицинской помощи, оказываемой преимущественно частным сектором. Венгрия также является страной, куда в поисках стоматологической помощи стремится более 40% пациентов Европы.

Последние реформы здравоохранения

С момента опубликования последнего обзора «Системы здравоохранения: время перемен» о Венгрии в 2004 году в стране с переменным успехом был проведен ряд реформ. Наиболее важные из этих реформ были направлены на изменение механизмов управления и организации системы здравоохранения в следующих областях: усиление взаимодействия различных служб в системе; внедрение новых способов регулирования мощностей поставщиков медицинских услуг; поддержание акционирования и использования внешних поставщиков медицинских услуг; обеспечение межсекторального взаимодействия по внедрению Национальной программы общественного здравоохранения; введение управляемой конкуренции в систему медицинского страхования посредством замены Национального фонда медицинского страхования/Фонда медицинского страхования множественными медицинскими страховщиками, частично принадлежащими частному сектору; а также создание Службы по надзору в сфере медицинского

страхования. Несмотря на масштабные усилия правительства в продвижении перечисленных мер, большинством реформ поставленных целей достигнуто не было.

С 2004 года превалирующей задачей системы здравоохранения стало достижение экономической эффективности, а государственные расходы на здравоохранение существенно уменьшились, снизившись до 5,2% от ВВП в 2009 году. Это, в свою очередь, напрямую сказалось на растущем кадровом кризисе системы здравоохранения. С 2004 года рядом последующих правительств не было сформулировано целостной политической концепции в отношении сбора средств, по возможности, способствующей концентрации постоянного и прогнозируемого притока ресурсов в систему здравоохранения. Далеко не бесспорно, что на сегодня это самый серьезный недостаток системы здравоохранения Венгрии. Финансирование системы здравоохранения в значительной степени зависит от поставленных политических целей, не связанных напрямую с сектором здравоохранения, таких как кадровые ресурсы и более широкие политические задачи.

Анализ последних реформ здравоохранения свидетельствует о том, что процесс разработки политики в данной области, основанный на прозрачности и доказательной медицине, часто использовался весьма ограниченно в нескольких важных областях. Основные реформы, как правило, проводились без внедрения таких точных инструментов реализации, как проекты документов, стратегии, рабочие планы и оценки воздействия. Вместе с тем отсутствовали механизмы, позволяющие задействовать основных участников в процессе принятия решений, основанном на принципах оперативности и прозрачности.

Оценка системы здравоохранения

В Венгрии задачи системы здравоохранения отражены либо в прямой форме в различных

законах, нормативных правовых актах или программных документах, либо в скрытой форме в виде действий со стороны правительства. В основном данные задачи ставят своей целью защиту и продвижение прав пациентов, обеспечение равного доступа к медицинской помощи в равной степени в соответствии с потребностями пациентов, предоставление эффективного медицинского обслуживания, основанного на принципах доказательной медицины, а также достижение эффективности системы.

В период 2003–2007 годов лишь отдельные домохозяйства испытали катастрофические финансовые расходы на медицинскую помощь. В то же самое время уклонение от оплат и избежание их стали постоянной проблемой, особенно в системе здравоохранения. В 2008 году суммарные взносы на медицинское и пенсионное страхование, не выплаченные населением, составили почти 1% от ВВП. Согласно исследованию, проведенному в 2002 году, налоги и взносы на социальное страхование, используемые для финансирования системы здравоохранения, в целом носили немного регрессивный характер.

Жители Венгрии, в целом недовольны системой здравоохранения, и в 2009 году Венгрия заняла 26 место среди стран-членов ЕС-27 по уровню удовлетворенности населения. Значительные различия отмечены в оказании медицинских услуг как по территориальному признаку, так и по специализациям, а доступность медицинской помощи далеко не всегда имеет место. Это подтверждается данными по состоянию здоровья различных групп населения. В целом, ожидаемая продолжительность жизни при рождении остается относительно низкой, а уровень предотвратимой смертности – высоким.

За последние 20 лет попытки повысить эффективность системы здравоохранения были преимущественно направлены на проведение реформ механизмов оплаты. Внедрение методов оплаты по результатам деятельности привело к значительному

улучшению технической эффективности системы, по крайней мере, на определенных уровнях оказания медицинской помощи, и теоретически, способствовали улучшению эффективности распределения ресурсов за счет их высвобождения для дальнейшего перераспределения, несмотря на то, что эти данные нуждаются в дальнейшей оценке. Вместе с тем эффективность распределения ресурсов в системе здравоохранения все еще остается сомнительной, поскольку нельзя добиться улучшения этого показателя только за счет изменения системы оплаты. Следующие вопросы в области достижения эффективности требуют разрешения: излишнее лечение, подтасовка DRG/KCG и нарушение медико-экономических стандартов, вызванных существующей системой, применение неэффективных и устаревших технологий, дублирование, а также медиализация социальных проблем. Для разрешения данных вопросов с различной долей успеха был предпринят ряд инициатив, таких как внедрение Системы взаимодействия различных служб медицинской помощи.

Прозрачность и подотчетность системы здравоохранения представлены неравномерно как в различных областях предоставления медицинского обслуживания, так и для различных участников. Комплексной системы мониторинга результатов деятельности создано не было, за исключением, возможно, системы мониторинга расходов. Сфера ответственности по обеспечению равного доступа четко не определена и ограничена листами ожидания, а контроль качества оказываемой медицинской помощи ведется по большей части косвенно. Несмотря на то, что был предпринят ряд инициатив по переходу на показатели качества для измерения и учета качества оказываемой медицинской помощи, данные инициативы все еще подлежат системному внедрению. В 2005 году на основе принципов и практики клинического аудита была создана Система производственного надзора при Национальном центре надзора и аудита здравоохранения.

Заключение

С середины 1990-х годов в Венгрии наблюдается значительный рост показателя продолжительности жизни, как среди мужчин, так и среди женщин. Вместе с тем многие показатели состояния здоровья населения остаются низкими, в результате чего Венгрия занимает место среди стран Европы с наихудшим показателем состояния здоровья населения. На профилактику заболеваний и продвижение здорового образа жизни выделяется недостаточно финансовых средств, организационная структура данных направлений развита недостаточно, а Национальная программа общественного здравоохранения в последние годы была прекращена. Взаимодействие компонентов межсекторальной деятельности обеспечивается плохо, а растущее неравенство в доступе к медицинской помощи все еще требует должного рассмотрения. Ряд показателей предотвратимой смертности, однако, вызывают оптимизм, равно как и исключительный уровень иммунизации в Венгрии, который фактически охватывает 100% детских болезней.

В Венгрии завершен успешный переход от высокоцентрализованной единой системы здравоохранения типа Н. Семашко к системе, основанной на модели разделения функций покупателя–поставщика медицинских услуг с использованием новых механизмов оплаты, что привело к появлению стимулов по улучшению технической эффективности. В Венгрии существует уникальная система идентификации пациентов, в которой представлена информация о потреблении лекарственных средств пациентами, а также об использовании специализированных стационарных и амбулаторных услуг, что представляет собой богатый комплексный статистический материал, еще не до конца потенциально реализованный в академических исследованиях и формировании политики в области здравоохранения.

Рамки регулирующей функции системы единого плательщика в медицинском страховании становятся все более неопределенными. Структура управления Фонда медицинского страхования была подвергнута ряду изменений, что привело к усилению прямого центрального контроля и снижению вовлечения участников, а также к большей уязвимости системы к политическому воздействию, что, в свою очередь, способствовало появлению менее прозрачных и прогнозируемых финансовых отношений. Несмотря на то, что крупномасштабные и стратегические реформы, направленные на изменение регулирующей функции системы, в большинстве случаев не состоялись, вместе с тем был отмечен ряд полезных технических новшеств, особенно в области финансирования здравоохранения (например, успешное внедрение концепции оценки технологий здравоохранения и поддержание инициатив по повышению конкуренции в использовании воспроизведенных лекарственных препаратов).

Реформы сектора здравоохранения не отвечали растущим проблемам с эффективностью в распределении ресурсов, хотя со временем техническая эффективность улучшилась. Последующие правительства предприняли ряд мер по обеспечению соответствующих инициатив по повышению эффективности маршрута пациента в системе здравоохранения. Система взаимодействия различных служб медицинской помощи (введена в 1999 году в качестве пилотной программы) обладала многими инновационными характеристиками и обеспечивала решение проблемы эффективности в распределении ресурсов с помощью мер, ориентированных исключительно на Венгрию, но в 2008 году данная система была ликвидирована, а ее полной научной оценки проведено не было.

Основной трудностью остается продолжающееся отсутствие общей стратегии по мобилизации ресурсов на здравоохранение, основанной на доказательной медицине.

Без данной стратегии система здравоохранения становится уязвимой к более широким плановым экономическим задачам. Диверсификация источников дохода на здравоохранение происходит, как кажется, одновременно с введением последней стратегии в области налогообложения, однако, все еще неясно, насколько совместное привлечение страховых взносов и бюджетных трансферт из общего налогообложения обеспечит стабильное финансирование.

Правительство также столкнулось с двумя проблемами в достижении более эффективной и равной системы предоставления медицинских услуг, включающими реорганизацию существующих мощностей на основе оценки потребности в медицинской помощи и разрешении ситуации с неформальными платежами. В то же самое время некоторые существующие инициативы могли бы привести к значительным улучшениям при условии их дальнейшего расширения и уточнения. Благодаря внедрению новых информационных систем удалось достигнуть большей прозрачности и подотчетности в системе здравоохранения. Хотя были предприняты попытки измерить качество оказываемой медицинской помощи, используя различные индикаторы качества, они все еще подлежат системному внедрению. Для достижения хорошего управления системой необходимо использовать процесс разработки политики, в большей степени основанный на доказательной медицине и прозрачности, а также мониторинг показателей деятельности и большей подотчетности на уровне политики в области здравоохранения.

Наконец, Венгрия представляет собой страну, которая привлекает жителей других стран, стремящихся за получением медицинской помощи, преимущественно стоматологической, а также и реабилитационной (например, санаторно-курортное лечение). Таким образом, правительство рассматривает сектор здравоохранения в качестве потенциальной стратегической области для экономического развития и роста.