

Системы здравоохранения: время перемен

Авторы:
Марис Ессе
Ярно Хабикт
Айн Аавиксоо
Агрис Коппел
Алар Ирс
Сара Томсон

Редактор:
Сара Томсон

Эстония

2004



В Европейской обсерватории по системам и политике здравоохранения сотрудничают Европейское региональное бюро ВОЗ, правительства Бельгии, Греции, Испании, Норвегии, Финляндии и Швеции, Европейский инвестиционный банк, Институт «Открытое общество», Всемирный банк, Лондонская школа экономических и политических наук, Лондонская школа гигиены и тропической медицины.

Ключевые слова:

МЕДИЦИНСКОЕ ОБСЛУЖИВАНИЕ
ИССЛЕДОВАНИЯ
ФИНАНСИРОВАНИЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
РЕФОРМА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
ПЛАНИРОВАНИЕ В ЗДРАВООХРАНЕНИИ — организация и управление
ЭСТОНИЯ

© Европейское региональное бюро ВОЗ от имени Европейской обсерватории по системам и политике здравоохранения, 2004

Полная или частичная перепечатка и перевод без разрешения Европейской обсерватории по системам и политике здравоохранения запрещены. По всем вопросам, связанным с публикациями, правами на воспроизведение и перевод, просьба обращаться по адресу:

WHO Regional Office for Europe
Scherfigsvej 8
DK-2100 Copenhagen Ø, Denmark

или по электронной почте:

publicationrequests@euro.who.int (запросы на экземпляры публикаций)
permissions @euro.who.int (разрешения на воспроизведение)
pubrights@euro.who.int (разрешения на перевод)

Взгляды, выраженные авторами и редакторами публикаций, не обязательно отражают официально утвержденную точку зрения Европейской обсерватории по системам и политике здравоохранения или какого-либо из ее членов.

Используя те или иные географические и другие названия и обозначения, Европейская обсерватория по системам и политике здравоохранения и организации, входящие в ее состав, не выражают своих взглядов на правовой статус какой бы то ни было страны, территории, города, области и органы власти, а также на государственные и административные границы. Названия стран и территорий соответствуют состоянию дел на момент создания первоначального документа. Под термином «страна или территория» в заголовках и таблицах понимаются страны, территории, города или области. Пунктирные линии на картах обозначают приблизительные границы, окончательное согласие по поводу которых еще не достигнуто.

Упоминание компаний и продуктов тех или иных производителей не означает, что Европейская обсерватория по системам и политике здравоохранения поддерживает эти компании и рекомендует эти продукты и отдает им преимущество перед сходными продуктами, которые не упоминаются в тексте. Торговые названия продуктов пишутся с прописной буквы.

Европейская обсерватория по системам и политике здравоохранения не гарантирует точность и полноту приводимых данных и не несет ответственности за последствия их применения.

Ссылка на исходный документ:

Jesse M, Habicht J, Aaviksoo A, Koppel A, Irs A, Thomson S. *Health care systems in transition: Estonia*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies, 2004.

ISSN 1020-9077 Vol. 6 No. 11

Содержание

Предисловие	v
Благодарности	vii
Введение и историческая справка	1
Общие сведения.....	1
Исторический очерк.....	7
Организационная структура и управление	11
Структура здравоохранения	11
Планирование, регулирование и управление	20
Децентрализация здравоохранения	23
Финансирование и затраты	25
Основная система финансирования	25
Набор медицинских услуг и нормирование	31
Дополнительные источники финансирования	41
Расходы на здравоохранение	47
Медицинское обслуживание	57
Общественное здравоохранение	57
Первичное медицинское обслуживание	65
Специализированное медицинское обслуживание	69
Медико-социальная помощь	79
Уход за больными.....	80
Психиатрическая помощь	81
Стоматологическая помощь.....	84
Медицинские кадры	84
Лекарственные средства	94
Оценка медицинских технологий.....	101
Распределение средств	103
Бюджет здравоохранения и распределение средств	103
Финансирование специализированной медицинской помощи ...	106
Заработная плата работников здравоохранения	111
Реформы здравоохранения	115
Цели и задачи	115
Содержание реформ и их законодательная база.....	116
Проведение реформ	123
Заключение	127
Список сокращений	133
Информация по системе здравоохранения Эстонии в интернете	134
Литература	135

Европейская обсерватория по системам и политике здравоохранения

Европейское региональное бюро ВОЗ

Правительство Бельгии

Правительство Греции

Правительство Испании

Правительство Норвегии

Правительство Финляндии

Правительство Швеции

Европейский инвестиционный банк

Институт «Открытое общество»

Всемирный банк

Лондонская школа экономических и политических наук

Лондонская школа гигиены и тропической медицины

Предисловие

Каждый обзор из серии «Системы здравоохранения: время перемен» содержит всесторонний анализ системы здравоохранения той или иной страны и ее реформ — проводимых и разрабатываемых. Обзоры служат основой деятельности Европейской обсерватории по системам здравоохранения. Назначение обзоров — предоставлять организаторам здравоохранения и исследователям сравнительную информацию, необходимую для совершенствования систем здравоохранения в Европе. Обзоры систем здравоохранения дают возможность:

- подробно узнать о различных методах организации, финансирования и предоставления медицинских услуг;
- описать процесс подготовки реформ здравоохранения, их содержание и результаты;
- обозначить частые трудности, а также области, которые требуют более глубокого исследования;
- предоставить руководителям и исследователям разных стран возможность делиться сведениями о здравоохранении и обмениваться опытом его реформ.

В каждой стране над созданием обзора работают местные специалисты вместе с научными руководителями и сотрудниками Европейской обсерватории по системам здравоохранения. Чтобы данные обзоров разных стран были сопоставимы, разработаны и регулярно обновляются правила их составления. Помимо подробной инструкции, правила включают перечень тем, которые должны быть рассмотрены, определения терминов и примеры. Вместе с тем правила предоставляют авторам достаточно свободы, чтобы они могли отразить особенности страны.

Составление обзоров сопряжено с рядом методических сложностей. Получить данные по системам здравоохранения и результатам реформ во многих случаях бывает довольно трудно. Единый источник количественных данных отсутствует: их приходится получать в разных организациях, таких как Европейское региональное бюро ВОЗ (база данных «Здоровье для всех»), Организация экономического сотрудничества и развития, Всемирный банк. Тем не менее определения и методы получения сведений, хотя и не полностью совпадают, но обычно согласуются в пределах каждой серии.

Обзоры служат источником описательных, свежих и сопоставимых данных о здравоохранении разных стран и позволяют руководителям извлекать уроки из международного опыта. В обзорах также содержатся все данные для глубокого сравнительного анализа реформ. Выпуск обзоров продолжается. Данные о результатах реформ сегодня собирают во всех европейских странах, все сведения будут регулярно обновляться, что позволит постоянно следить за ходом реформ. Обзоры, их рефераты и словарь терминов можно найти на сайте Обсерватории: www.observatory.dk

Благодарности

Авторы обзора системы здравоохранения Эстонии: Марис Ессе (эксперт по политике и финансированию здравоохранения, Центр политических исследований «PRAXIS»), Ярно Хабикт (Бюро ВОЗ по координации и связям, аспирант Тартуского университета), Айн Аавиксоо (слушатель магистратуры по общественному здравоохранению Гарвардского университета, ранее руководил отделом общественного здравоохранения в Министерстве социального обеспечения), Агрис Коппел (директор Йогевской городской больницы, аспирант Тартуского университета) и Алар Ирс (руководитель отдела Государственного агентства по лекарственным средствам, приглашенный лектор Ньюкастлского университета, Австралия). В составлении обзора принимали участие Сара Томпсон (Европейская обсерватория по системам и политике здравоохранения). Редактор обзора — Сара Томпсон. Научный руководитель — Элиас Моссиалос (Европейская обсерватория по системам и политике здравоохранения).

Европейская обсерватория по системам и политике здравоохранения благодарит Тоомаса Палу (старший советник по здравоохранению, Всемирный банк), Рауля Киивета (профессор кафедры управления здравоохранением, заместитель декана медицинского факультета Тартуского университета) и Катрин Салувере (заместитель советника по здравоохранению, Министерство социального обеспечения) за рецензирование обзора.

Авторы обзора приносят благодарность всем сотрудникам Министерства социального обеспечения и ЭФМС за предоставленную информацию, а также за откровенное обсуждение планов и путей развития эстонской системы здравоохранения.

Данная серия обзоров подготовлена научными руководителями и сотрудниками Европейской обсерватории по системам и политике здравоохранения. В рамках этой организации сотрудничают Европейское региональное бюро ВОЗ, правительства Бельгии, Греции, Испании, Норвегии, Финляндии и Швеции, Европейский инвестиционный банк, Институт «Открытое общество», Всемирный банк, Лондонская школа экономических и политических наук и Лондонская школа гигиены и тропической медицины.

Группой сотрудников Обсерватории, готовящих обзоры систем здравоохранения, руководят генеральный секретарь Джозеп Фигерас и научные

руководители Мартин Мак-Ки, Элиас Моссиалос и Ричард Солтман. Координатор проекта — Сьюзенн Гросс-Тebb. Научное руководство подготовкой обзора по Эстонии осуществлял Элиас Моссиалос.

Производством и редактированием руководила Сьюзенн Гросс-Тebb при участии Ширли и Йоганнеса Фредериксен (верстка) и Миши Хёкстра (редактирование). Административными вопросами подготовки обзора занимался Питер Херролен.

Особую благодарность авторы выражают Европейскому региональному бюро ВОЗ за предоставление сведений по медицинскому обслуживанию из Европейской базы данных «Здоровье для всех», Организации экономического сотрудничества и развития — за предоставление данных о здравоохранении в странах Западной Европы; Всемирному банку — за предоставление данных о расходах на здравоохранение в странах Центральной и Восточной Европы. Авторы также благодарят за помощь государственные статистические службы.

В обзоре использованы данные, имевшиеся в 2004 году.

Введение и историческая справка

Общие сведения

География и население

Эстония — самая маленькая из стран Балтии, трех республик на восточном побережье Балтийского моря. На востоке Эстония граничит с Российской Федерацией, на юге — с Латвией. Площадь территории около 45 215 км².

На 1 января 2003 г. население Эстонии составляло 1 365 045 человек, две трети из которых проживают в городах (69% в 2000 г.). Большая доля русских (26%) является следствием оккупации страны Советским Союзом в начале Второй мировой войны. Русскоязычное население сосредоточено в городах на северо-востоке Эстонии, у границы с Россией. Наиболее многочисленными из других национальных меньшинств — украинцы (2%) и белорусы (1%). С 1989 г. население Эстонии уменьшилось почти на 100 000 человек вследствие эмиграции и отрицательного прироста населения. В 1998 г. общий коэффициент рождаемости составлял всего лишь 8,8 новорожденных на 1000 населения. С тех пор он постоянно растет, но не настолько быстро, чтобы обеспечить рост численности населения. 16,6% населения моложе 14 лет, 15,9% — в возрасте от 65 лет и старше (2003 г.). Доля нетрудоспособного населения (по возрасту) — 48%.

Политическое устройство

Эстония — парламентская республика. Впервые страна получила независимость в 1918 г. В 1940 г., в начале Второй мировой войны, Эстонию оккупировал Советский Союз. Независимость была восстановлена в августе 1991 г. (подробнее см. в разделе «Исторический очерк»).

В однопалатном парламенте (*Riigikogu*) 101 депутат. Парламент избирается сроком на 4 года. Начиная с первых выборов в независимой Эстонии в 1992 г. все ее правительства были коалиционными, представляли две-три политические партии. Ни одна из этих коалиций не продержалась полный

срок, тем не менее они были достаточно устойчивыми для того, чтобы начать и провести экономические и социальные преобразования.

Для эстонских политических партий характерны центристские или крайне правые взгляды. До сих пор правительства придерживались правых взглядов, но не так давно стали появляться и некоторые социал-демократические ценности и идеи. Последние парламентские выборы прошли в марте 2003 года привели к созданию трехпартийной правоцентристской коалиции. Пришедшая к власти коалиция решила в течение последующих трех лет снизить ставку пропорционального подоходного налога с физических лиц с 26 до 20% и вычитать из суммы налогооблагаемого дохода часть личных расходов на занятия физической культурой (например, абонементную плату за посещение спортивного зала), чтобы способствовать укреплению здоровья населения.

Второй уровень управления состоит из 241 муниципалитета с населением от 100 до 100 000 человек. Крупнейший муниципалитет — в столице, Таллинне. Население — 400 000 человек. Муниципальные выборы проходят раз в три года. Муниципалитеты самостоятельно распоряжаются своими бюджетами и собирают местные налоги. По закону, государство обязано передавать каждому муниципалитету 11,4% налога на доходы физических лиц, собранной с его жителей.

Административно-территориальное деление: Эстония разделена на 15 уездов с населением от 40 000 до 50 000 человек. Уездом руководит старейшина и административный орган, так называемая уездная управа. Старейшина и сотрудники управы — чиновники центральной администрации. Многие государственные органы, в том числе занимающиеся управлением и финансированием здравоохранения, действуют на уровне не одного, а двух—четырех уездов.

В начале 1990-х годов. Эстония подписала почти 30 важнейших конвенций Организации Объединенных Наций, включая Международную конвенцию о гражданских и политических правах, Конвенцию о правах ребенка и Конвенцию против дискриминации женщин. Эстония подписала Рамочную конвенцию Совета Европы по национальным меньшинствам, пересмотренный вариант Европейской социальной хартии и Конвенцию о правах человека и биомедицине (Конвенцию о защите прав человека и достоинства человека в связи с применением биологии и медицины).

На сайтах Министерства международных дел и Министерства социального обеспечения можно ознакомиться со всеми докладами соответствующих комиссий, контролирующих соблюдение конвенций и хартии. В целом отмечается приверженность Эстонии к соблюдению конвенционных обязательств. Главная озабоченность, высказываемая в этих докладах, касается высокой доли лиц без гражданства, проживающих в Эстонии. Это бывшие советские граждане, которые не приняли ни эстонского, ни российского, ни какого-либо другого гражданства.

По оценке международной организации «Transparency International», в Эстонии относительно низкий уровень коррупции. Среди стран Центральной и Восточной Европы этот показатель лучше лишь у Словении. По ин-

дексу восприятия коррупции, Эстония занимает 33-е, а Словения — 29-е место среди 133 стран, опережая Италию и Грецию (3, 4).

Вступая в 1999 г. во Всемирную торговую организацию, Эстония подписала Генеральное соглашение по торговле услугами (GATS), взяв на себя определенные обязательства по торговле медицинскими и социальными услугами, а также услугами в области общественного здравоохранения. В Эстонии не предусмотрено каких-либо ограничений на потребление услуг за рубежом, однако обслуживание иностранцев и коммерческое присутствие иностранных производителей услуг регулируются специальными нормативными актами.

Экономическая ситуация

Эстония приступила к важным экономическим преобразованиям в начале 1990-х годов и к 1993 г. сумела переломить тенденцию к снижению валового внутреннего продукта. К 2003 г. подушный ВВП в реальном выражении составлял 10 000 долларов США (с учетом паритета покупательной способности), или 34% среднего показателя в Европейском союзе до его расширения в мае 2004 г. Уровень инфляции, превысивший в 1992 г. 1000%, к 1997 г. упал до 10%, а в последние годы был меньше 5%.

Экономические реформы ощутимо ударили по рынку труда. Уровень безработицы достиг максимума (13,6%) в 2000 г. и с тех пор уменьшается; в 2002 г. он составил 10,3%. 52% безработных не имеют работы уже более 12 месяцев.

Таблица 2. Макроэкономические показатели, 1994—2002 гг.

Показатель	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002
ВВП									
Млн. долларов США	9264	9738	10320	11932	12437	12587	14080	15515	16642
На душу населения (в постоянных ценах), эстонские кроны	45012	47782	50393	55959	59126	59179	63779	68197	72596
На душу населения, доллары США	6330	6780	7290	8520	8970	9150	10280	11370	12260
Вклад в ВВП, %									
Промышленность	30,88	29,57	28,79	28,03	29,72	27,52	29,01	29,19	29,83
Сельское хозяйство	10,73	8,89	8,61	8,07	7,30	6,82	6,23	5,75	5,45
Услуги	58,38	61,54	62,60	63,89	62,98	65,65	64,76	65,06	64,71
Общее сальдо бюджета, включая безвозмездные ссуды, % ВВП	1,39	-0,57	-0,83	2,55	-5,75	-0,16	0,16	2,55	
Рабочая сила, всего ^a	—	—	—	—	658700	643800	645200	642100	632000
Общий уровень безработицы, %	8	10	10	10	10	12	14	13,6	10,3 ^a
Официальный обменный курс, крон за доллар США, средний за период	12,99	11,46	12,03	13,88	14,07	14,68	16,97	17,48	16,61
Реальная процентная ставка, %	-10,7	-9,4	-6,9	0,4	4,8	6,3	0,7	2,4	2,5
Неравномерность распределения национального дохода, коэффициент Джини ^b	—	—	0,34	0,37	0,38	0,38	0,37	0,38	0,37

Источники: (1), кроме ^a (2), ^b (5).

В 1997 г. Европейский союз признал успехи Эстонии в проведении реформ в политике, экономике и управлении, и предложил начать переговоры о вступлении в Европейский союз в качестве полноправного члена в числе первых шести стран в мае 2004 г.

Здоровье населения

Ситуация с состоянием здоровья населения не столь благополучна, как экономическая. Правда, это характерно и для других стран Балтии. В конце 1930-х годов средняя продолжительность жизни в Эстонии была такая же, как в Скандинавских странах, однако вследствие Второй мировой войны и советской оккупации этот показатель уменьшился и надолго остановился на одном уровне. В 1950 г. средняя продолжительность жизни мужчин все еще была меньше, чем в 1930-х годах. Всего за период с 1959 по 2000 г. средняя продолжительность жизни мужчин увеличилась на год, женщин — на четыре года (6).

До перехода к рыночной экономике пик средней продолжительности жизни был достигнут в 1988 г. (71,02 года), а в 1994 г. она упала до 66,74 лет. Впоследствии этот показатель снова стал расти, достигнув в 2002 г. 71,10 года, перекрыв, наконец, дореформенный пик 1988 г. (табл. 3). Тенденции изменения средней продолжительности жизни мужчин и женщин существенно отличаются. К 1996 г. средняя продолжительность жизни женщин превысила дореформенный уровень и продолжала расти, достигнув в 2002 г. 77,00 лет. Сейчас она на четыре—пять лет меньше средней продолжительности жизни женщин в Европейском союзе старого состава (ЕС-15) и скандинавских странах. Напротив, средняя продолжительность жизни мужчин в 2002 г. равнялась 65,00 годам, все еще оставаясь ниже уровня 1988 г. (66,52 года). Сегодня этот показатель на 10 лет ниже средних уровней в Европейском союзе (ЕС-15) и Скандинавских странах. Средняя продолжительность полноценной жизни (индекс DALE) в 2002 г. составлял 64,1 года: 59,2 года у мужчин и 69,0 лет у женщин (7).

Главной причиной смерти в Эстонии являются сердечно-сосудистые заболевания. По этой причине умирает 45,6% мужчин и 62,2% женщин (2000 г.). Это также одна из основных причин преждевременной смертности (в возрасте от 25 до 64 лет), достигающей 411 случаев на 100 000 населения у мужчин и 126 — у женщин. Эти цифры больше чем вдвое превышают средние показатели для Европейского союза (ЕС-15) и Скандинавских стран за 2002 г. Следующие по распространенности причины смерти — рак (10,5% у мужчин и 17,1% у женщин) и внешние причины (17,4% у мужчин).

Детская смертность в последние годы уверенно снижалась. По данным Всемирного банка, с 1990 по 2002 г. (табл. 3) (1) она уменьшилась с 18,0 до 10,0 на 1000 новорожденных, а национальная статистика свидетельствует о еще более значительном сокращении: с 14,8 в 1995 г. до 5,7 на 1000 новорожденных в 2002 г. (табл. 4). Последняя цифра выше, чем в Европейском союзе (до расширения) в среднем, но ниже, чем в Центральной и Восточной Европе в среднем. Как и в других странах с переходной экономикой, рождае-

Таблица 3. Смертность и продолжительность жизни, 1970—2002 гг.

Показатель	1970	1980	1990	2000	2002
Средняя продолжительность жизни, годы	70,0	69,1	69,5	70,1	71,1 ^a
Женщины	74,4	74,2	74,6	76,2	77,0 ^a
Мужчины	65,7	64,2	64,6	65,2	65,0 ^a
Смертность среди взрослых, на 100 000					
Женщины	104,1	109,6	106,1	114,0	–
Мужчины	250,9	291,0	285,8	316,0	–
Смертность среди детей, на 1000					
Первый год жизни	21	21	18	17	10
До 5 лет	26	24	17	12	12

Источник: (1), кроме ^a (2)

мость в Эстонии резко упала, составив в 1998 г. 8,8 на 1000 населения. Затем она стала увеличиваться, но вряд ли достигнет уровня, необходимого для простого воспроизводства населения. Искусственный аборт — обычный способ контроля рождаемости в бывших республиках Советского Союза. С 1980 г. число абортов сократилось с 1600 до 900 на 1000 новорожденных, что все еще в 3,5 раз выше, чем в Европейском союзе в среднем (ЕС-15).

Одной из важнейших задач, стоящих перед Эстонией в области общественного здравоохранения, являлось принятие мер против распространения ВИЧ-инфекции, вспыхнувшей в 2001 г. Эпидемия началась среди инъекционных наркоманов на северо-востоке страны и к 2003 г. официальное число ВИЧ-инфицированных достигло 3600 человек, или 0,26% населения.

В 2002 г. по инициативе Всемирного банка впервые были всесторонне изучены различия в состоянии здоровья разных групп населения Эстонии (8). Эстонский фонд медицинского страхования (ЭФМС) проанализировал межрегиональные различия в уровне потребления медицинских услуг. Оба исследования показали усугубление различий в отношении к своему здоровью и состоянию здоровья между группами населения в зависимости от уровня дохода, образования, места жительства, национальной и языковой принадлежности. Как и в других странах, люди с высшим образованием и хорошим доходом больше заботятся о своем здоровье и в целом здоровее. В 1990-е годы усилились различия в уровнях смертности и отношении к своему здоровью в зависимости от социально-экономического положения и национально-языковой принадлежности. Так, для русскоязычного населения характерны более высокие уровни смертности почти по всем причинам, в особенности от алкогольного отравления и убийств. Исключение состав-

Таблица 4. Смертность детей первого года жизни, 1995—2002 гг.

	1995	1998	1999	2000	2001	2002
Смертность, на 1000 родившихся	14,8	9,3	9,5	8,4	8,8	5,7

Источник: (2).

ляет смертность от дорожно-транспортного травматизма, более высокая среди этнических эстонцев. Подробнее о различиях в состоянии здоровья см. в разделе «Общественное здравоохранение».

В отличие от большинства стран Центральной и Восточной Европы, в Эстонии есть возможность оценить результаты лечения благодаря ведению регистра онкологических больных. Содержащаяся в нем информация была использована в международном исследовании выживаемости онкологических больных «EUROCARE». Судя по данным третьего обзора («EUROCARE-3») по выживаемости больных в 1990—1994 гг., лечат в Эстонии хуже, чем в западноевропейских странах (9). Так, пятилетняя выживаемость при раке молочной железы в Эстонии равнялась 61,9%, что сравнимо с Польшей и Словенией, в то время как в 22 обследованных европейских странах и регионах этот показатель составил 76,1%. В Эстонии пятилетняя выживаемость онкологических больных составляла 26% у мужчин и 38% у женщин, в то время как среднеевропейские показатели равнялись 40% у мужчин и 51% у женщин (9). Следует учесть, что исследованный период совпал по времени с проведением серьезных преобразований в эстонской экономике и началом перестройки системы здравоохранения. Тем не менее, полученная информация очень важна в качестве исходных данных для оценки результатов реформ здравоохранения, осуществленных в 1990-е годы (см. «Реформы здравоохранения»).

Население Эстонии сегодня гораздо больше заботится о своем здоровье. Изменился характер питания, что прежде всего выражается в замене животных жиров на растительные при приготовлении пищи, а также в общем снижении потребления жиров. Если в начале 1990-х годов лишь 28% населения использовали растительное масло как основной жир при приготовлении пищи, то в 2000 г. — 86%. По сравнению с началом 1990-х годов все больше людей включают в свой ежедневный рацион свежие фрукты и овощи. Эти перемены стали возможны благодаря большей доступности растительных масел, свежих фруктов и овощей в течение всего года.

С 1990 по 1994 г. распространенность курения среди населения старше 15 лет увеличилась с 28,2% до 35,8%, но к 2002 г. снизилась до 28,9% (10). Аналогичная картина наблюдается в Европейском союзе (Европа-15) в целом, однако в скандинавских странах этот показатель ниже (22,23%). Курильщики больше среди мужчин: в 2002 г. каждый день курили 45% мужчин, в 1994 г. ежедневно курили 23,5% женщин, в 2002 г. — 17,9%.

Исторический очерк

Историко-политическое развитие

Эстонией управляли чужеземцы, начиная с вторжения крестоносцев в XIII веке. С XIII по XVIII век эстонские земли входили в состав Дании и Швеции. В 1721 г., после разгрома шведов русскими, Эстония присоединилась к Российской империи. Сильное немецкое влияние и присутствие немецких

землевладельцев сохранялось в стране до 1918 г. — тогда, после окончания Первой мировой войны, Эстония впервые получила независимость. В 1939 г. Германия и Советский Союз заключили между собой секретное соглашение (пакт Молотова—Риббентропа) о разделе Европы, по которому Эстония отходила к Советскому Союзу. В 1940 г., после начала Второй мировой войны, Эстонская Республика была оккупирована советскими войсками. Длительное присутствие в Эстонии немцев и шведов повлияло на формирование ее политики и культуры, органов управления и системы здравоохранения.

В XX веке эстонская система здравоохранения претерпела ряд существенных изменений, отражавших перемены в историко-политической ситуации. Можно выделить три периода: до 1940 г., с 1940 по 1990 г. и с 1990 по 2002 г.

До 1940 г.

До того как в 1940 г. Эстонию оккупировал Советский Союз, ее система здравоохранения была устроена примерно так же, как в других западноевропейских странах. С момента своего основания (1632 г.) Тартуский университет готовил врачей и обеспечивал развитие медицинской науки на мировом уровне; к началу XX века в стране сформировалась система здравоохранения, правда, не было как таковой системы социального обеспечения. Система здравоохранения была децентрализованной, планирование и управление осуществляли местные органы власти.

Стационарную помощь оказывали три вида больниц: частные (большая часть услуг), несколько муниципальных больниц для бедных и несколько государственных больниц. При государственных больницах были клиники для матери и ребенка, туберкулезные диспансеры, санатории и учреждения для психически больных. Амбулаторную помощь оказывали в основном частные врачи, причем амбулатории принадлежали фондам медицинского страхования и школам. Муниципальные врачи обслуживали бедных. Фонды, организованные по территориальному принципу, оплачивали лечение наемных работников. В 1920 и 1921 гг. деятельность фондов расширилась, увеличилась численность врачей и были созданы профессиональные объединения врачей.

1940—1990 гг.

В 1940 г. Эстонская Республика была оккупирована Советским Союзом. В здравоохранении стала внедряться система Семашко, с централизованным планированием и управлением и государственным финансированием. Быстро произошедшие перемены имели длительные последствия. Например, во время Второй мировой войны многие медики уехали из Эстонии, что нанесло тяжелый урон трудовым ресурсам здравоохранения, последствия которого ощущаются по сей день (см. «Медицинские кадры»). Погоня за количеством привела к созданию избыточного коечного фонда, а районирование высокоспециализированной медицинской помощи в пределах СССР к

концу советского периода привело к избытку врачей-хирургов. Отчасти это было связано с оказанием услуг населению других республик, а также с тем, что в период холодной войны Эстонии придавалось большое стратегическое значение.

В советскую эпоху в здравоохранении не было частного сектора. Всем гражданам гарантировалось бесплатное медицинское обслуживание. Медики были государственными служащими и получали заработную плату. Квалификация персонала, качество и доступность медицинских услуг были хорошего уровня. Правда, новейшие лекарства были малодоступны. Неофициальные платежи в Эстонии не были так распространены, как в других частях бывшего СССР, тем не менее при выписке больные в благодарность дарили медикам цветы, конфеты, кофе и коньяк.

1990—2002 гг.

В первые годы независимости финансирование и планирование здравоохранения вновь коренным образом изменились. В 1990-х годах было введено финансирование медицинской помощи за счет социального медицинского страхования и осуществлена децентрализация. Преобразования были продиктованы отчасти изменением потребностей населения Эстонии, отчасти — ввиду состояния экономики — опасениями по поводу финансовой устойчивости системы здравоохранения. Некоторые реформы, в частности введение социального медицинского страхования, были намечены еще до провозглашения независимости в августе 1991 г.

Правовую базу преобразований заложили закон о медицинском страховании (1991 г.) и закон об организации оказания медицинских услуг (1994 г.). Хотя по ходу реформ вносились поправки (в частности, проведенная децентрализация себя не оправдала и некоторые функции были снова централизованы), первоначальные планы, намеченные в этих законах, по сути мало изменились.

Позднее, однако, были предприняты дальнейшие реформы. Так, в 2000 г. ЭФМС получила статус самоуправляемой публично-правовой организации, в 2001 г. парламент принял новый закон об организации оказания медицинских услуг, а в 2002 г. — новый закон о медицинском страховании. Деятельность всех производителей медицинских услуг теперь регулируется частным правом, хотя многие учреждения остаются в государственной или муниципальной собственности. Кроме того, в 2002 г. принят закон об обязательном праве (*Vxlaxigusseadus*), установивший новый характер правовых отношений между пациентами и поставщиками медицинских услуг. Впервые эти отношения определены как юридически обязывающее соглашение, по которому обе стороны несут ответственность. И наконец, ежегодно вносятся поправки в закон об общественном здравоохранении, принятый в 1995 г., а Министерство социального обеспечения планирует подготовить новый закон в этой области. Эти более поздние нововведения учитывают опыт первого этапа реформ и продиктованы желанием взять под контроль рост затрат на лекарства, внедрить механизмы управления децентра-

лизованными сетями больниц, усовершенствовать планирование медицинских услуг и ценообразование, перестроить взаимоотношения пациент—врач по типу потребитель—производитель услуг.

Подробнее об этих реформах здравоохранения см. в разделе «Организационная структура и управление» и «Реформы здравоохранения».

Организационная структура и управление

Структура здравоохранения

Наиболее важными переменами в эстонской системе здравоохранения, произошедшими за годы независимости, стали, во-первых, переход от централизованной контролируемой государством системы к децентрализованной, а во-вторых, от финансирования из государственного бюджета к финансированию за счет взносов социального медицинского страхования. Следует также отметить преимущественное развитие первичной медицинской помощи и общественного здравоохранения.

Реорганизация системы здравоохранения проходила в несколько этапов. В начале 1990-х годов было введено социальное медицинское страхование, его осуществляли центральный и 22 региональных фонда медицинского страхования. В 1994 г. планирование медицинской помощи частично было передано уездам, им занимались 15 уездных старейшин и уездные врачи. Нынешние принципы организации и управления установлены в законах, принятых парламентом в 1999—2002 гг., вернувших некоторые функции центру. Подробнее см. раздел «Реформы здравоохранения».

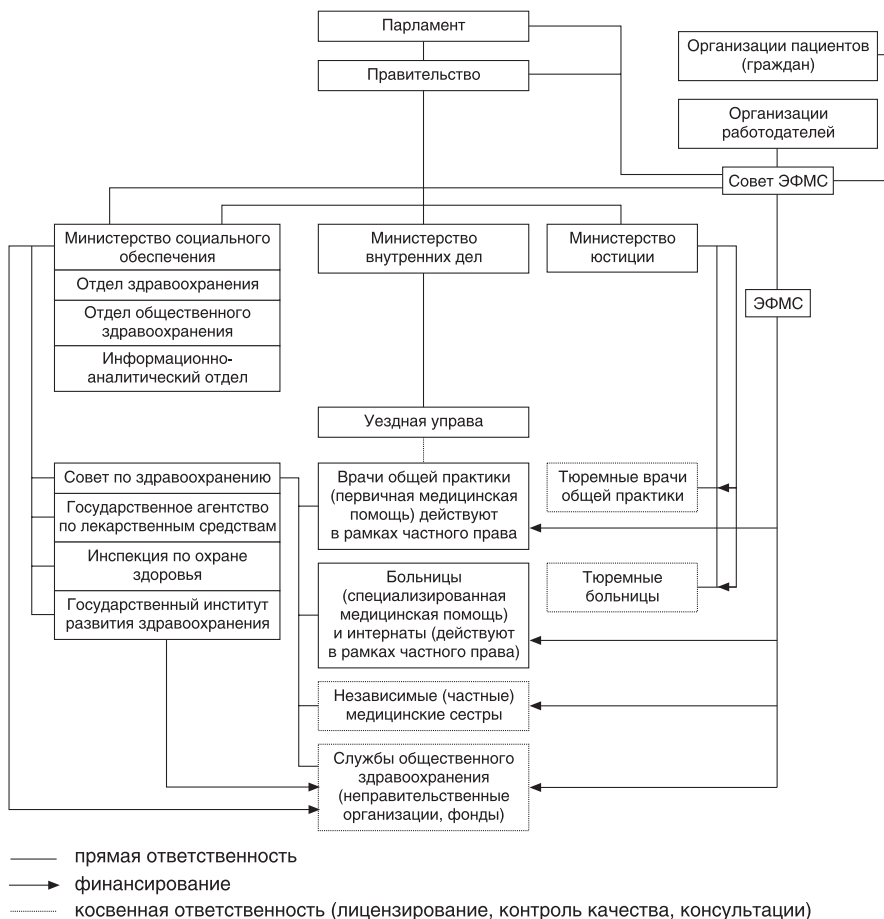
Основную ответственность за планирование, управление, регулирование и финансирование здравоохранения несут Министерство социального обеспечения, Совет по здравоохранению, Государственное агентство по лекарственным средствам, Инспекция по охране здоровья и ЭФМС.

Этот раздел начинается с краткого описания того, какую роль в системе здравоохранения играют государственные структуры, ЭФМС, уездные управы и местные самоуправления, производители медицинских услуг, профессиональные организации и объединения пациентов. Затем рассматриваются важнейшие организационные реформы.

Государство и государственные структуры

Министерство социального обеспечения совместно с другими государственными органами разрабатывает и претворяет в жизнь общую политику в

Рисунок 2. Организационная структура системы здравоохранения



области здравоохранения, контролирует качество и доступность медицинских услуг. Главная его функция — регулирование.

Министерство социального обеспечения образовано в 1993 г. путем слияния трех отдельных министерств (здравоохранения, социального обеспечения и труда). Соответственно, в его компетенцию входят здравоохранение, социальное обслуживание и вопросы занятости. В сфере здравоохранения можно выделить три крупных направления: медицинское обслуживание, лекарственное обеспечение и общественное здравоохранение. За последние 10 лет функции в области здравоохранения неоднократно перераспределялись, по состоянию на конец 2003 г. они были поделены между тремя отделами — здравоохранения (медицинское обслуживание, капитальные вложения и лекарственное обеспечение), общественного здравоохранения (общее-

ственное здравоохранение, программы профилактики и законодательство об охране здоровья) и информационно-аналитическим.

Текущее руководство возложено на генерального секретаря (канцлера) — государственного служащего, подотчетного министру социального обеспечения. Его заместитель, вице-канцлер по здравоохранению, возглавляет отдел здравоохранения. Осенью 2003 г. коалиционное правительство учредило должность помощника министра по политическим вопросам. Его назначает министр социального обеспечения, и он подчинен только министру. Сейчас помощник отвечает за политику в области здравоохранения вместе с вице-канцлером по здравоохранению, но в будущем возможны изменения.

В обязанности министерства в области здравоохранения входит выработка политики, контроль за состоянием здоровья населения, формирование структуры национальной системы здравоохранения путем определения функций первичной, специализированной, высокоспециализированной помощи и служб общественного здравоохранения.

Главными задачами министерства в области здравоохранения являются:

- подготовка законодательства по здравоохранению и гигиене труда;
- надзор за соблюдением законодательства в сфере здравоохранения;
- разработка нормативных документов по медицинскому обслуживанию;
- разработка и контроль за выполнением программ общественного здравоохранения;
- планирование и финансирование медицинского обслуживания незастрахованной части населения.

Обязанности министерства в области лекарственного обеспечения расширились в 2002 г., когда был создан отдел политики в области лекарственного обеспечения. Однако не прошло и года, как этот отдел был слит с отделом здравоохранения. В области лекарственного обеспечения в задачи министерства входят:

- подготовка законопроектов;
- определение базовых цен;
- ведение переговоров с фармацевтическими компаниями по ценам на льготные лекарства, расходы на которые возмещаются ЭФМС;
- подготовка предложений по оптовым и розничным наценкам на лекарственные средства.

При министерстве работают четыре правительственных агентства, действующих в сфере здравоохранения: Совет по здравоохранению, Государственное агентство по лекарственным препаратам, Инспекция по охране здоровья и Национальный институт развития здравоохранения. Их деятельность координирует отдел здравоохранения, хотя каждое из них подчиняется непосредственно министру. Вопросы гигиены труда тоже входят в компетенцию отдела здравоохранения.

Совет по здравоохранению действует с 2002 г. Его главные функции — лицензирование медицинских учреждений и регистрация медицинских работников, контроль качества медицинских услуг (в основном сводится к рассмотрению жалоб пациентов), а также финансирование и организация служб скорой помощи. Совет, кроме того, отвечает за обеспечение соблюде-

ния требований к гигиене и охране труда, но в этом он сотрудничает с другими учреждениями, в частности с Инспекцией по охране здоровья.

Государственное агентство по лекарственным средствам отвечает за регистрацию, контроль качества и регулирование обращения лекарственных препаратов (включая импорт и рекламу). Это же агентство обеспечивает безопасность донорской крови и тканевых трансплантатов, а также частично отвечает за регистрацию медицинских технологий.

Инспекция по охране здоровья — преемница советской санитарно-эпидемиологической службы, с которой имеет много общего, в особенности это касается организации и функций. Через четыре региональных управления и местные отделения в 15 уездах инспекция обеспечивает соблюдение законодательства по охране здоровья, а также эпидемиологический надзор, работу национальных и местных эпидемиологических служб и выполнение государственной программы иммунизации.

Национальный институт развития здравоохранения создан в 2003 г. путем слияния трех небольших институтов, занимавшихся вопросами общественного здравоохранения. Новый институт должен стать кузницей квалифицированных кадров и центром прикладных и аналитических исследований в области общественного здравоохранения, экомедицины и эпидемиологии, а также следить за состоянием здоровья населения и вести соответствующую отчетность. Кроме того, он отвечает за осуществление национальных программ и поддержку деятельности в сфере общественного здравоохранения на местном уровне; у института есть учебный центр, где готовят специалистов в области общественного здравоохранения и управления здравоохранением.

В начале 1990-х годов службы здравоохранения некоторых ведомств (министерства внутренних дел, железнодорожного транспорта и других) были объединены с общенациональной системой здравоохранения. Правда, за медицинское обслуживание заключенных по-прежнему отвечает *Министерство юстиции*. С 2002 г. предпринимаются попытки по созданию единой системы здравоохранения, охватывающей все население, в том числе заключенных, хотя финансировать медицинское обслуживание последних все равно должно будет Министерство юстиции. Предлагается ввести институт семейного врача для заключенных и использовать компьютерные технологии для информационного обмена с нетюремной системой здравоохранения. Службы общественного здравоохранения уже обслуживают все население и достигли весьма хороших результатов в профилактике туберкулеза.

Кабинет министров (правительство) занимается планированием и регулированием: утверждает план развития больничной сети, цены на медицинские услуги (базовые цены и максимальные размеры страховых пособий, выплачиваемых ЭФМС), нормативные акты по основным вопросам общественного здравоохранения. Правительство имеет право назначить одного члена совета ЭФМС (см. далее); кроме того, в совете работают еще четыре представителя государственного аппарата.

Функции ЭФМС

В 2001 г. ЭФМС получил свой нынешний статус независимого государственного юридического лица, заменив собой 17 региональных и один центральный фонд медицинского страхования. ЭФМС является активным покупателем медицинских услуг, в его обязанности входит:

- заключение договоров с производителями медицинских услуг;
- оплата медицинских услуг;
- оплата льготных лекарств;
- выплаты пособий по больничному листу, беременности и родам.

Высшим органом ЭФМС является *совет*. В совете 15 членов, по пять представителей от государственных органов, предпринимателей и застрахованных. Совет возглавляет министр социального обеспечения. Это сделано для того, чтобы усилить контроль Министерства социального обеспечения за деятельностью ЭФМС и его подотчетность перед государством. Другими представителями государства в совете являются министр финансов, председатель парламентского комитета по социальным вопросам, еще один член парламента, назначенный парламентом, и чиновник из Министерства социального обеспечения, назначенный правительством. Кандидатуры представителей предпринимателей и застрахованных выдвигаются соответствующими объединениями и утверждаются правительством. Совет утверждает трехгодичные планы работы ЭФМС, ежегодный бюджет, отчеты, а также требования к медицинским учреждениям, с которыми ЭФМС заключает договоры. Кроме того, совет представляет правительству свое мнение относительно цен на медицинские услуги.

Текущее руководство осуществляет *правление* ЭФМС в составе трех-семи человек. Четыре региональных филиала ЭФМС оценивают потребности населения, заключают договоры и рассматривают претензии. У филиалов есть небольшие уездные отделения с более узким кругом обязанностей.

Уездные управы, муниципальные советы и местные самоуправления

Структура государственного управления в Эстонии включает два уровня — центральный и муниципальный. Уездные управы представляют центральное правительство в регионах и не имеют собственных полномочий. Уездный старейшина выполняет несколько обязанностей в отношении первичной медицинской помощи: он открывает вакансии для семейных врачей и утверждает их в должности. Старейшина также определяет в своем уезде участки, обслуживаемые семейными врачами. В последнее время роль уездных старейшин в организации медицинского обслуживания уменьшилась (см. ниже).

С 2001 г. с местных самоуправлений снята ответственность за финансирование и организацию медицинского обслуживания. Тем не менее они владеют большинством больниц, либо напрямую, как общества с ограниченной ответственностью, либо управляют ими через некоммерческие «фон-

ды». Деятельность этих некоммерческих учреждений регулируется частным правом, и поскольку учредители могут назначать их администрацию, муниципальные власти продолжают влиять на здравоохранение через руководство больниц. Кроме того, некоторые муниципалитеты оказывают финансовую поддержку учреждениям первичного медицинского обслуживания.

Производители медицинских услуг

После принятия нового закона об организации оказания медицинских услуг в мае 2001 г. (действует с 2002 г.) медицинское обслуживание было почти полностью децентрализовано. В законе определены четыре вида медицинского обслуживания: первичная медицинская помощь, оказываемая семейными врачами; неотложная медицинская помощь, специализированная помощь и уход за больными.

Производители медицинских услуг самостоятельны. Медицинские услуги могут оказывать только граждане или учреждения, действующие в качестве юридических лиц (обществ с ограниченной ответственностью, некоммерческих учреждений). Большинство больниц — это либо общества с ограниченной ответственностью, принадлежащие местным самоуправлениям, либо некоммерческие организации, учрежденные центральными или местными органами власти или другими государственными структурами. В этом смысле они находятся в общественной собственности и управлении, либо на коммерческой (компания с ограниченной ответственностью), либо на некоммерческой основе (некоммерческие организации). Большинство амбулаторных медицинских учреждений находятся в частной собственности. Все семейные врачи являются частными предпринимателями или работают по найму в частных компаниях; этим компаниям разрешено оказывать только первичную медицинскую помощь.

Прямое вмешательство со стороны государства сводится к тому, что старейшины в своих уездах определяют участки, обслуживаемые семейными врачами, а Министерство социального обеспечения решает, сколько экипажей скорой помощи финансировать из государственного бюджета. Государственное влияние на специализированное медицинское обслуживание и независимую сестринскую практику осуществляется через нормирование и государственное финансирование.

Большая часть специализированных амбулаторных гинекологических, офтальмологических, урологических услуг, психиатрической и ортопедической помощи, а также амбулаторных операций на голове и шее приходится на частный сектор, а не на учреждения, финансируемые или непосредственно управляемые государством. Частные услуги активно развиваются в тех областях, где государственное финансирование ограничено или отсутствует, например, в стоматологии и пластической хирургии. В этом смысле ограничение государственного финансирования является мощным стимулом развития рынка частных медицинских услуг. Подробнее см. в разделе «Медицинское обслуживание».

Организации медиков и пациентов

Наиболее влиятельная профессиональная организация — *Эстонский союз врачей* — представляет почти половину всех врачей Эстонии. Союз воссоздан в 1988 г. и является главным представителем врачей в переговорах с работодателями и Министерством социального обеспечения. Министром определены тридцать пять основных медицинских специальностей, по которым осуществляется планирование подготовки врачей и стандартизация услуг. У врачей каждой из этих специальностей есть своя профессиональная организация, которая назначает своего представителя для переговоров с министерством.

В *Эстонской ассоциации медицинских сестер* состоит почти половина всех медицинских сестер. В последние годы ее влияние усилилось. К примеру, это единственная организация, сумевшая организовать забастовку. В 2002 г. ее члены бастовали в знак протеста против нежелания Эстонского союза больниц начать переговоры о минимальной заработной плате. Ассоциация активно участвует в пересмотре стандартов медсестринской помощи и совершенствовании программ подготовки медицинских сестер.

Больницы тоже объединились и создали Союз больниц. Правда, неясно, насколько последовательно он отстаивает их интересы, ведь до недавнего времени больницами управляли врачи, состоявшие в Союзе врачей.

Интересы пациентов представляют несколько организаций, но в последнее время наибольшее влияние приобрела старейшая из них — *Эстонское представительство пациентов (Eesti Patsientide Esindusühing)*. Она активно участвовала в разработке концепции психиатрической помощи, составлении и обсуждении законопроектов. Сегодня ее представители есть в большинстве рабочих групп, созданных для обсуждения новых принципов и подходов, в частности проекта национальной компьютерной системы для сбора и обработки медицинской информации. Если прежде Министерство социального обеспечения не оказывало Эстонскому представительству пациентов серьезной финансовой поддержки, то с 2003 г. организациям, представляющим интересы пациентов, стали выделяться средства на конкурсной основе. Кроме того, по конкретным проектам поступает помощь из других источников. В стране есть также объединения, представляющие интересы людей с определенными заболеваниями или инвалидностью (Союз диабетиков, Ассоциация больных рассеянным склерозом, Ассоциация больных сердечно-сосудистыми заболеваниями).

В последние годы пациенты (потребители) все больше участвуют в решении вопросов здравоохранения. Например, Общество инвалидов представлено в совете ЭФМС. Организация, представляющая интересы потребителей в вопросах лекарственного обеспечения, была создана, когда обсуждалось введение базовых цен для возмещения расходов на лекарства, но это был единственный случай проявления ее активности.

Реорганизация здравоохранения

Как уже отмечалось, эстонская система здравоохранения сильно изменилась после 1991 г. В этом разделе описаны главные моменты реорганизации, проходившей в два этапа: в начале 1990-х годов и начиная с 1999 г. Первая волна реформ коренным образом изменила систему здравоохранения и заложила основы нынешней организационной структуры; вторая больше касалась производителей медицинских услуг и предусматривала постепенные преобразования, совершенствование и усиление регулирования, уточнение функций и обязанностей всех сторон, действующих в здравоохранении, а также укрепление покупательной способности системы медицинского страхования (см. также раздел «Реформы здравоохранения»).

Правовую базу нынешней организационной структуры системы здравоохранения заложили два закона первой волны реформ — о медицинском страховании (1991 г.) и об организации оказания медицинских услуг (1994 г.). Они ввели систему социального медицинского страхования (с многочисленными фондами медицинского страхования) в качестве посредника между производителями и потребителями услуг. Была упразднена ведомственная медицина (кроме первичной медицинской помощи военнослужащим и первичной и некоторых видов специализированной помощи заключенным).

Важнейшая реформа второй волны — возврат к централизации некоторых функций планирования (2000 г.). Планирование специализированной помощи вернулось на национальный уровень, а планирование и управление первичной медицинской помощью перешли от муниципалитетов к уездам. В соответствии с законом об организации оказания медицинских услуг, в 1994 г. центр передал эти функции муниципалитетам, но те, в силу малых размеров и слабой доходной базы, плохо справлялись с новыми обязанностями (см. ниже).

Дальнейшие перемены касались юридического статуса производителей медицинских услуг. В законе об организации оказания медицинских услуг (1994 г.) их статус не был определен и, соответственно, не было ясности в отношении их прав, обязанностей и подчиненности. По новому закону (2002 г.), производителями медицинских услуг могут быть юридические лица, действующие на основании частного права как частные предприниматели (индивидуальная трудовая деятельность) или организованные в форме акционерных компаний с ограниченной ответственностью (коммерческие) или некоммерческих учреждений. Однако поскольку акционером или учредителем медицинских организаций является государство, этот процесс скорее является не приватизацией, а преобразованием государственного предприятия в государственное акционерное общество. Это было сделано для того, чтобы повысить эффективность управления, дав больше самостоятельности руководству больниц, и в то же время сохранить возможность контроля со стороны органов власти — государство и муниципалитеты оставили за собой право назначать членов наблюдательных советов больниц. В законе не устанавливается подотчетность медицинских учреждений перед

государственными органами, регулируется лишь процесс лицензирования медицинских услуг. Лицензированием медицинской деятельности раньше занимался отдел Министерства социального обеспечения, но затем для этого был создан специальный государственный орган при министерстве — Совет по здравоохранению (см. выше).

В 2001 г. изменилось управление социальным медицинским страхованием. В первом законе о медицинском страховании юридический статус центрального фонда и региональных филиалов не был четко определен, что вызывало правовую неразбериху. Правительство рассмотрело три варианта статуса фонда медицинского страхования — государственное учреждение, фонд или независимое юридическое лицо публичного права — и остановилось на последнем в надежде, что это будет способствовать эффективному управлению, большей открытости и учету потребностей населения. Два первых варианта были отвергнуты по следующим причинам: государственный орган был бы стеснен законодательством в отношении организации и управления, а фонд, учрежденный постановлением правительства, а не парламентским законом, был бы в недостаточной мере контролируем. Напротив, независимая публично-правовая организация, учрежденная парламентом, будет объектом более жесткого контроля. В 2001 г. Центральный фонд медицинского страхования заменил ЭФМС. Одновременно 17 региональных фондов (по одной в каждом уезде и в двух больших городах) были объединены в 7 региональных филиалов ЭФМС (а двумя годами позже — в 4 региональных филиала). Такая реорганизация значительно укрепила покупательную способность ЭФМС и позволила заключать годовые договоры с высокоспециализированными медицинскими учреждениями на общенациональном уровне с привлечением директоров всех региональных филиалов.

Реформы пробудили политическую активность медиков. Некоторые, в том числе председатель Эстонского союза врачей, были избраны в парламент весной 2003 г. Позднее в том же году в ответ на заявления медиков в его собственной политической партии о том, что в новом объединенном министерстве здравоохранения отодвинуто на второй план, министр социального обеспечения учредил должность помощника по политическим вопросам. На эту должность министр назначил врача. Хотя пока рано судить о последствиях именно этого назначения, многие видят в этом человеке выразителя интересов медиков при обсуждении политики и финансирования здравоохранения.

По закону об общественном здравоохранении (1995 г.), общая ответственность за профилактику заболеваний, охрану и укрепление здоровья возложена на Министерство социального обеспечения, но при этом отмечено, что старейшины уездов и муниципалитеты тоже должны обеспечивать охрану здоровья своего населения. Министерство планирует подготовить к 2006 г. новый закон, где будут четче разграничены обязанности различных органов, а в деятельности Инспекции по охране здоровья будет смещен акцент с обеспечения выполнения законодательства в сторону профилактики и контроля. В середине 1990-х годов санитарно-эпидемиологические служ-

бы, созданные в советское время, были реорганизованы, однако министерство планирует продолжить шаги по переориентации системы здравоохранения в сторону охраны общественного здоровья и профилактики.

Хотя некоторые политики критикуют систему здравоохранения, прежде всего за очереди на амбулаторное лечение или, на более абстрактном уровне, за слишком большую самостоятельность производителей услуг и ЭФМС, конкретных планов по дальнейшей реорганизации не предложено.

Планирование, регулирование и управление

В этом разделе рассматриваются методы планирования и регулирования, применявшиеся за последние 10 лет и легшие в основу нынешней системы планирования и регулирования. Кроме того, анализируются некоторые вопросы управления медицинскими учреждениями.

В первую волну реформ здравоохранения (начало 1990-х годов) функции планирования и управления в сфере первичной и специализированной медицинской помощи были переданы муниципалитетам и была введена новая система финансирования, предусматривавшая возмещение ЭФМС стоимости услуг, оказанных производителями в рамках заключенных с ней договоров. Авторы реформ считали, что государственное планирование медицинского обслуживания больше не нужно; наоборот, производители услуг и местные власти будут развивать медицинское обслуживание с учетом потребностей и пожеланий пациентов. Министерству социального обеспечения были оставлены функции регулирования, лицензирования медицинских учреждений и частных производителей, а также регистрации врачей. Первый этап лицензирования медицинских учреждений прошел в 1994—1995 гг., при этом некоторые небольшие больницы были преобразованы в учреждения по уходу за престарелыми и инвалидами (социальный сектор).

Однако планирование на уровне муниципалитетов и уездов не оправдало ожиданий, прежде всего из-за малочисленности населения большинства муниципалитетов. Муниципалитеты предпочитали поддерживать местных производителей услуг, а не сдерживать рост затрат путем сотрудничества с другими муниципалитетами. На уровне уезда фонды медицинского страхования решали, какие услуги и учреждения финансировать в первую очередь, муниципалитеты же никак не могли повлиять на объемы договоров, заключаемых фондами.

К середине 1990-х годов профессиональные объединения медиков пришли к пониманию необходимости общего плана перспективного развития системы здравоохранения. Некоторые организации врачей-специалистов представили в Министерство социального обеспечения свои планы развития с тем, чтобы оно учло их при разработке новой системы лицензирования и планировании учебных мест в системе подготовки специалистов.

Потребность в новой, более жесткой системе лицензирования возникла из-за изменений в законодательстве, приведших к размыванию правовых

основ лицензирования (заложенных в начале 1990-х годов). Кроме того, в связи с вступлением в Европейский союз надо было гармонизировать законы, обеспечивающие свободное передвижение медиков. В 2002 г. вступил в силу новый закон об организации оказания медицинских услуг, учредивший специальный государственный орган для лицензирования производителей медицинских услуг и надзора за системой здравоохранения — Совет по здравоохранению (см. выше). Теперь врачи, стоматологи, медицинские сестры и акушерки могут оказывать медицинские услуги, лишь зарегистрировавшись в Совете здравоохранения. На уровне уезда надзор за первичным медицинским обслуживанием осуществляет управа.

Планирование здравоохранения на уровне страны возобновилось в конце 1990-х годов, когда Министерство социального обеспечения поручило подготовить общую программу развития больниц до 2015 г., чтобы оценить будущие потребности в больничных койках. Международный конкурс на разработку программы выиграла шведская консультационная компания. Согласно программе, опубликованной в апреле 2000 г., коечный фонд следует уменьшить на две трети и сконцентрировать стационарную медицинскую помощь в 15 крупных больницах, сократив к 2015 г. общее число больниц, путем слияния и другими способами реорганизации, на три четверти (с 68 до 15). Несмотря на непопулярность программы, Министерство опирается на нее в переговорах с местными политиками и объединениями медиков. Например, на основании этой программы, Министерство социального обеспечения и Таллиннский муниципалитет реорганизовали небольшие отдельные специализированные больницы и поликлиники Таллинна в четыре больничных объединения.

Министерство попросило ассоциации врачей-специалистов оценить эту программу и подготовить отдельные планы по каждому профилю. После серии консультаций и компромиссов правительство утвердило в апреле 2003 г. более умеренный вариант общей программы развития больниц до 2015 г. По этому варианту, 21 больница (а не 15) сможет заключать долгосрочные договоры с ЭФМС и получать государственные инвестиции. Четырнадцать наибольшим уездным больницам было обещано, что они не будут реорганизованы в центры амбулаторной помощи и медицинские учреждения по уходу. Утвержденная программа вместе с оценками и планами развития, подготовленными ассоциациями специалистов, была учтена при выработке критериев лицензирования больниц и определению видов услуг, которые разрешено предоставлять больницам разных уровней.

С 2000 г. общим долгосрочным планированием специализированной помощи занимается Министерство социального обеспечения. ЭФМС при заключении договоров руководствуется планами министерства. Эти планы прежде всего направлены на повышение доступности амбулаторной медицинской помощи (с точки зрения затрат времени и географической близости) и уменьшения очередей на стационарное лечение до приемлемого уровня.

Обязанности по планированию первичной медицинской помощи поделены между Министерством социального обеспечения (общенациональ-

ный уровень) и уездами. Министерство определяет общую численность семейных врачей в каждом уезде в зависимости от численности населения и его распределения по территории. Старейшины делят территорию своих уездов на участки медицинского обслуживания.

Кадровым планированием довольно долгое время пренебрегали. В начале 1990-х годов сократили прием в медицинские вузы, чтобы прекратить «перепроизводство» врачей. С середины 1990-х годов Министерство социального обеспечения старается устанавливать нормы приема в медицинские учебные заведения, исходя из долгосрочной оценки потребности в кадрах. Сейчас этот вопрос стоит очень остро: в последнее время при планировании трудовых ресурсов учитываются прогнозы по передвижению медицинских кадров в пределах Европейского союза.

В целом возврат к централизации ряда функций планирования и регулирования отчасти объясняется тем, что, судя по опыту 1990-х годов, децентрализованное планирование не смогло обеспечить сбалансированного развития, рациональной организации и доступности медицинского обслуживания. Правда, нередко удавалось лучше учитывать потребности пациентов. Кроме того, в конце 1990-х годов финансирование здравоохранения уменьшилось и ЭФМС пришлось выбирать, с какими учреждениями и на какие услуги заключать договоры, а иногда она рекомендовала прекратить оказание некоторых услуг. Сомнения в правомерности принятия ЭФМС подобных решений стали еще одной причиной возврата к централизованному планированию в 2001 г. с разделением ответственности между ЭФМС и Министерством социального обеспечения.

Что касается управления, то до введения в действие нового закона об организации оказания медицинских услуг (2002 г.), где был четко определен юридический статус больниц и других медицинских учреждений, границы самостоятельности руководства больниц были весьма размыты. В отсутствие законодательных требований, в одних муниципалитетах больницы учреждались как некоммерческие неправительственные организации, в других — как акционерные общества, в третьих — как муниципальные учреждения. В непосредственном ведении Министерства социального обеспечения остались высокоспециализированные медицинские учреждения, которые муниципалитеты в 1994 г. отказались взять в собственность. Эти больницы были определены законом как государственные учреждения нижнего уровня. Соответственно, пределы самостоятельности руководства и системы подотчетности в больницах отличались. Хотя больницы, имевшие статус государственных или муниципальных учреждений обладали меньшей самостоятельностью, в действительности ни министерство, ни муниципалитеты не управляли ими напрямую и уровень ответственности был низким. По новому закону, все производители медицинских услуг являются частными юридическими лицами, действующими на основании частного права, а представительство публичных интересов осуществляется через участие государственных органов в наблюдательных советах.

Децентрализация здравоохранения

В начале 1990-х годов система здравоохранения была в значительной степени децентрализована, особенно если учесть малую численность населения Эстонии. Ответственность за планирование первичного и некоторых видов специализированного медицинского обслуживания перешла к муниципалитетам. В связи с децентрализацией планирования и управления здравоохранением в уездах были учреждены должности заведующих отделами здравоохранения в уездных управлениях и уездных службах охраны здоровья. В 1992 г. в уездах и крупных городах были учреждены фонды медицинского страхования в качестве самоуправляемых публичных организаций.

Однако более нижние уровни не всегда справлялись с новыми обязанностями. Многие муниципалитеты были слишком малы и не имели средств для их выполнения, а на уровне уездов не хватало квалифицированных кадров. В 1994 г. для того, чтобы координировать деятельность фондов медицинского страхования, был образован Центральный фонд медицинского страхования. Он подчинялся Министерству социального обеспечения и отвечал за работу уездных фондов.

К концу 1990-х годов произошел частичный возврат к централизованной системе. Во-первых, общее планирование в сфере здравоохранения вернулось на национальный уровень, под контроль Министерства социального обеспечения. Соответствующие функции уездов и муниципалитетов были упразднены (см. разделы «Планирование, регулирование и управление» и «Финансирование здравоохранения»).

Во-вторых, такие организации, как ЭФМС и Инспекция по охране здоровья, имевшие ранее представительства в каждом уезде, объединили свои филиалы и теперь каждый из них обслуживает несколько уездов. Такой подход позволил рациональнее использовать труд квалифицированных специалистов и снизить управленческие расходы. Централизация укрепила покупательную способность ЭФМС и эффективность управления, а региональные филиалы смогли нанять на полную ставку экономистов и юристов, специализирующихся в области здравоохранения, — раньше это было невозможно.

В-третьих, расширились права и обязанности руководителей на уровне ЭФМС и медицинских учреждений. Последние имеют теперь правовой статус частных юридических лиц, деятельность которых регулируется частным правом. Это означает, что прямая ответственность за работу больниц перешла от Министерства социального обеспечения к наблюдательным советам больниц. В сфере первичного медицинского обслуживания приватизация началась в 1998 и завершилась в 2002 г. В 2001 г. ЭФМС получил свой нынешний статус самостоятельного государственного учреждения и больше не подчиняется Министерству социального обеспечения.

Последние перемены произошли совсем недавно и судить о результатах преждевременно. Принципиальных трудностей пока не возникло. Стоит отметить, что реформы конца 1990-х годов были лучше подготовлены, чем реформы начала 1990-х годов. Например, перед наделением ЭФМС само-

стоятельностью, был изучен зарубежный опыт, тщательно продуманы и включены в законодательство механизмы обеспечения подотчетности. Приняты меры к тому, чтобы ЭФМС в своей деятельности руководствовался государственной политикой в области здравоохранения. И все же некоторые предпочли бы, чтобы у Министерства социального обеспечения было больше рычагов влияния на текущее руководство ЭФМС. Намного труднее, однако, обеспечивать, чтобы самостоятельные производители медицинских услуг действовали в соответствии с государственной политикой здравоохранения.

Финансирование и затраты

Основная система финансирования

В Эстонии здравоохранение финансируется в основном за счет налогов. С 1992 г. главным источником финансирования является целевой налог с заработной платы: последние пять лет на его долю приходилось 66% всех расходов на здравоохранение. Из государственного бюджета покрывается около 8% общих расходов на здравоохранение, из муниципальных — 2%. Доля государственного финансирования здравоохранения уменьшилась с 80,7% в 1998 г. до 76,3% в 2002 г. (табл. 5).

В 2002 г. доля частных источников финансирования здравоохранения составила 23,7% общих расходов на здравоохранения (в 1998 г. она равнялась 13,2%). В 2003 г. она выросла еще больше после того, как была введена ограниченная плата за амбулаторную и стационарную медицинскую помощь (см. ниже). Прямые платежи населения (без учета частного медицинского страхования) составляют 83,9% частных затрат на медицинское обслуживание. С середины 1990-х гг. прямые платежи населения постоянно растут. Большая часть идет на оплату лекарств и стоматологической помощи. Частное медицинское страхование в основном ограничивается страхованием туристов.

Таблица 5. Основные источники финансирования здравоохранения в 1990—2002 гг., %

Источники	1990	1999	2001	2002
Государственные	100,0	76,9	77,8	76,3
Налоги (государственные и местные)	100,0	10,9	10,8	10,7
Социальное медицинское страхование	0,0	66,0	67,0	65,6
Частные	0,0	19,6	22,2	23,7
Прямые платежи населения	0,0	14,0	18,6	19,9
Частное медицинское страхование	0,0	0,8	1,1	1,0
Другие	0,0	4,8	2,5	2,8
Прочие	0,0	3,5	0,0	0,0
Внешние источники	0,0	3,5	0,0	0,0

Источники: (11,12,13).

Внешние источники не играют заметной роли в финансировании здравоохранения Эстонии, в 2001 г. их доля в общих расходах на медицинское обслуживание упала почти до нуля. Однако в ближайшие годы в связи с вступлением Эстонии в Европейский союз помощь из-за рубежа снова может увеличиться (см. ниже).

В этом разделе описана основная система финансирования, управляемая ЭФМС. Рассказывается о том, на кого распространяется страхование, как Налоговое агентство собирает целевой подоходный налог и как ЭФМС распределяется этими средствами. В разделе «Дополнительные источники финансирования» рассказывается о финансировании из государственного и муниципальных бюджетов, о прямых платежах населения, добровольном медицинском страховании и финансировании из внешних источников.

Финансирование медицинского страхования и содержание страхового покрытия

ЭФМС — независимая публично-правовая организация, ответственная за социальное медицинское страхование. ЭФМС имеет четыре региональных филиала, каждый из которых охватывает от двух до шести уездов. ЭФМС аккумулирует поступления от целевого социального налога и расходует эти средства на оплату медицинской помощи, лекарств, выплату пособий по временной нетрудоспособности, беременности и родам.

В конце 2003 г. в ЭФМС было застраховано 94% населения страны (1 272 051 человек). Право на социальное медицинское страхование обусловливается постоянным проживанием в Эстонии и принадлежностью к определенным законом группам. Для таких групп страхование является обязательным. Страхование не распространяется на заключенных. Их медицинское обслуживание организует и финансирует Министерство юстиции (см. раздел «Организационная структура и управление»). С конца 2002 г. некоторые ранее незастрахованные группы населения могут застраховаться на добровольной основе (см. ниже).

Лица, застрахованные в ЭФМС, делятся на четыре категории: те, кто сам платит налог на медицинское страхование, те, за кого платит государство, те, кто имеет право на бесплатное страхование, и застрахованные по международным соглашениям (подробнее см. табл. 6).

Наемные работники и самостоятельно занятые лица платят взносы в ЭФМС в виде целевого налога на заработную плату, который собирает Налоговое агентство. Этот налог называется социальным и включает в себя взносы на социальное медицинское страхование и в пенсионный фонд (13% заработной платы наемного работника или 20% трудового дохода самостоятельно занятого лица). Первоначально правительство намеревалось разделить ставку взноса на медицинское страхование между работодателями и работниками так, чтобы первые платили 10%, а вторые — 3%, но эти планы так и не воплотились в жизнь. Минимальные размеры социального взноса за наемных работников и самостоятельно занятых лиц устанавливаются правительством, исходя из ставки взносов за тех, за кого платит государство.

Таблица 6. Условия страхования в ЭФМС и структура застрахованного населения в 2003 г.

Группа	Взнос (основание права на медицинскую страховку)	Доля застрахованных, %
Застрахованный работодателем или самостоятельно	Взнос платит работодатель или сам застрахованный	45,90
Работающие по найму	Работодатель платит 13% от заработной платы	44,30
Самостоятельно занятые	Самостоятельно занятые платят 13% от трудового дохода	1,60
Добровольно застрахованные	13% от средней по стране заработной платы в предыдущем году	0,02
Застрахованные, взносы за которых платит государство	Взносы платит государство	3,80
Находящиеся в отпуске по уходу за детьми до 3 лет; один неработающий родитель детей до 8 лет; один родитель в семье с тремя детьми до 19 лет	13% от ежегодно устанавливаемой суммы	1,70
Зарегистрированные безработные	13% от ежегодно устанавливаемой суммы (в течение 270 дней)	1,20
Лица, ухаживающие за инвалидами	13% от ежегодно устанавливаемой суммы	0,75
Военнослужащие по призыву	13% от ежегодно устанавливаемой суммы	0,16
Подвергшиеся радиоактивному заражению (главным образом «чернобыльцы»)	13% от ежегодно устанавливаемой суммы	0,03
Лица, приравненные к застрахованным	Взносы не платят	49,60
Дети в возрасте до 19 лет	Проживание в стране	23,90
Пенсионеры	Проживание в стране и право на государственную пенсию	19,70
Инвалиды, имеющие право на пенсию по инвалидности	Проживание в стране и право на пенсию по инвалидности	2,90
Студенты	Учеба (студенты моложе 24 лет, кроме не окончивших обучение в установленный срок)	2,80
Неработающие супруги застрахованных лиц	До 2003 г. — все С 2003 г. — те, кому осталось пять лет до пенсионного возраста	0,06
Неработающие беременные, начиная с 12-й недели беременности	Постоянное проживание в стране	0,05
Застрахованные на основании международных соглашений		0,49
Российские военнослужащие в отставке	Взносы платит Россия, исходя из средних расходов на лечение лица соответствующей возрастной группы	0,30
Другие соглашения	Взносы не платятся, расходы возмещаются или не взыскиваются	0,19

Источник: (14).

Раньше для самостоятельно занятых лиц был установлен максимальный размер социального взноса, но впоследствии его отменили. Налоговое агентство передает «медицинскую» часть социального налога ЭФМС.

За некоторые группы населения взносы платит государство, в том числе за тех, кто находится в отпуске по уходу за ребенком (табл. 6), за зарегистрированных безработных (не более 9 месяцев), а также за тех, кто ухаживает за инвалидами. Размеры государственного взноса за таких лиц определяются ежегодно при утверждении государственного бюджета (см. ниже). В 1999 г., в первый год после введения социального налога, государственный взнос был установлен в размере 13% официальной минимальной заработной платы, которая определяется соглашением между организациями работодателей и профсоюзами и утверждается правительством. Но уже в следующем году закон был изменен и взнос государства стали рассчитывать, исходя из ежегодно устанавливаемой условной фиксированной суммы. Фактически это означало, что размеры подушного государственного взноса остались на том же уровне, что и в 1999 г.

Другие группы населения, включая детей, пенсионеров, лиц, получающих пенсию по инвалидности, и студентов, приравниваются к застрахованным, хотя взносы за них не платят ни они сами, ни государство.

С конца 2002 г. разрешено добровольное страхование в ЭФМС тем, кто иначе мог бы остаться без медицинской страховки. Добровольно застраховаться могут жители Эстонии, получающие пенсию из-за границы (как правило, это те, кто работал за границей и после выхода на пенсию вернулся в Эстонию), а также те, кто в данный момент не относится к обязательно страхуемым категориям, но был застрахован в течение как минимум 12 месяцев за последние два года перед подачей заявления на добровольное страхование, а также их иждивенцы. К последней группе относятся студенты, не окончившие университет в установленный срок, и временно безработные, не зарегистрированные на бирже труда. Добровольные члены (в 2003 г. их было 212 человек) имеют право на те же льготы, что и граждане, страхуемые в обязательном порядке. Страховой договор заключается на срок не менее одного года и начинает действовать через месяц после подписания. В случае добровольного страхования страховой взнос составляет 13% от средней заработной платы в стране за предыдущий год, по данным статистического управления. В 2003 г. взнос составил около 46 евро в месяц. Коммерческие страховые компании тоже предлагают этим категориям населения добровольное медицинское страхование, но их страховое покрытие более ограничено (см. ниже).

Медицинское страхование действительно, если застрахованный принят на учет в региональном филиале ЭФМС по месту жительства или по месту пользования медицинскими услугами.

Те, кто живет в одном регионе, а работает в другом, или по другим причинам ежедневно ездит из региона в регион, могут выбрать, в каком регионе встать на учет. ЭФМС рекомендует таким людям вставать на учет там, где работает выбранный ими семейный врач. Поскольку четыре региональных филиала ЭФМС заключают договоры с производителями услуг и за преде-

лами своих регионов, застрахованные могут пользоваться услугами медицинских учреждений не только своего региона.

Раньше каждый застрахованный в ЭФМС получал пластиковую карту с магнитной полосой (до 1998 г. — бумажную карту), которую необходимо было предъявлять при обращении за медицинской помощью. С 1999 г. медицинские учреждения обязали проверять действительность карты с помощью информационной системы, содержащей сведения о страховом статусе и семейном враче. Система также позволяет застрахованным проверить, правильно ли указаны их личные данные (например, фамилия, имя, адрес, работодатель, действительность страхового полиса, семейный врач) по государственным электронным каналам и каналам Интернет, предоставляемым коммерческими банками. Карта медицинского страхования постепенно была заменена на национальную идентификационную карту, введенную в 2001 г. В медицинском учреждении достаточно предъявить любую карту со своим национальным идентификационным номером, например, водительское удостоверение. Для поездок в пределах Европейского союза можно получить европейскую карту медицинского страхования.

Всего социальным медицинским страхованием охвачено 94,0% населения. Уровни охвата по четырем регионам колеблются от 92,2% в одном из регионов до 96,4% в Харьюмаа — регионе, где расположен Таллинн. Эти различия обусловлены социально-экономическими причинами, в частности разным уровнем длительной безработицы.

В 2002 г. в ЭФМС не было застраховано примерно 77 000 человек (6% населения). В основном это те, кто долгое время не имеет работы, или те, кто работает неофициально, уклоняясь от уплаты налогов. Из табл. 7 видно, что это преимущественно мужчины трудоспособного возраста. Неотложная помощь незастрахованным финансируется из государственного бюджета (см. далее). С 2002 г. правительство обязало ЭФМС проверять обоснованность заявок на возмещение расходов по оказанию неотложной помощи незастрахованным.

Таблица 7. Доля застрахованных в ЭФМС в разных возрастных группах в 2002 г., %

	Возраст				Всего
	0—19	20—44	45—64	65 и старше	
Женщины	99	93	95	100	97
Мужчины	98	83	89	100	91
Всего	99	88	93	100	94

Источник: (14).

Главный источник доходов ЭФМС (98—99% всех доходов) — налог медицинского страхования. Доход от процентов в последние годы составлял 0,15—0,7%, остальные 0,3—0,8% средств поступают из других источников.

Реформы и трудности в области медицинского страхования

В 1992 г. были созданы 22 государственных фонда медицинского страхования: по одному в каждом из 15 уездов и в 6 крупных городах, и еще один — специально для моряков. Для управления их деятельностью в масштабах страны была образована Ассоциация фондов медицинского страхования, а затем, в 1994 г., Центральный фонд медицинского страхования. В его обязанности входило централизованное планирование, перераспределение доходов между регионами и контроль за расходованием средств. В самом начале региональные фонды работали под контролем уездных советов (упразднены в 1995 г.) и муниципалитетов, а затем перешли в подчинение Центрального фонда. К 1995 г., чтобы повысить эффективность управления, число фондов сократили с 22 до 17. Численность населения, обслуживаемого одним фондом, составляла от 10 000 до 400 000 жителей, в большинстве случаев от 30 000 до 40 000.

Централизация медицинского страхования продолжилась в 2001 г.: на смену Центральному и региональным фондам пришел ЭФМС с семью филиалами, образованными путем слияния региональных фондов. В каждом уезде остались небольшие отделения ЭФМС, однако оценку потребностей в медицинской помощи, заключение договоров и оплату медицинских услуг осуществляли региональные филиалы. Целью реформы было расширение территориального покрытия рисков и укрепление покупательной способности ЭФМС. В 2003 г. семь региональных филиалов были снова укрупнены, и сейчас их четыре, по 200 000—500 000 застрахованных в каждом.

В 2001 г. изменился также юридический статус фондов медицинского страхования (см. разделы «Организационная структура и управление» и «Реформы здравоохранения»).

В последние годы система медицинского страхования столкнулась с двумя основными проблемами. Первая связана со сбором взносов. Сначала взносы собирали региональные фонды. В 1994 г., чтобы улучшить собираемость, правительство придало взносам в страховой медицинский и пенсионный фонды (13% и 20% заработной платы или трудового дохода) статус налога и объединило их в так называемый социальный налог (33% заработной платы или трудового дохода). В 1999 г. обязанности по сбору социального налога перешли от региональных страховых и пенсионных фондов к Налоговому агентству. В первое время поступления в фонды медицинского страхования уменьшились, но затем собираемость налогов улучшилась. Еще важнее то, что эти преобразования позволили фондам медицинского страхования (а затем и ЭФМС), без дополнительных административных расходов, сосредоточиться на совершенствовании своей деятельности в качестве покупателей услуг и усилить контроль за работой медицинских учреждений.

Вторая проблема связана с увеличением относительного числа лиц, приравненных к застрахованным, деньги за которых в ЭФМС не поступают. В 1992 г. страхованием было охвачено 800 000 работающих и 600 000 иждивенцев. К 1997 г., вследствие отрицательного прироста населения, с одной

стороны, и перестройки экономики, с другой, их стало поровну, и тенденция к сокращению доли плательщиков сохранилась. К концу 2002 г. налог медицинского страхования платили лишь 45% всех лиц, охваченных страхованием (работающие), за 51% (приравненные к застрахованным) никто не платил вообще, за остальные 4% платило государство.

С конца 1990-х годов правительство ищет пути исправления ситуации: пересматривает условия бесплатного предоставления страхового покрытия, вносит плату за некоторые группы, которые прежде приравнивались к застрахованным, ограничивает право на бесплатное страхование некоторым категориям населения трудоспособного возраста. С 1999 г. государство взялось оплачивать медицинское страхование родителей, находящихся в отпуске по уходу за маленькими детьми, а также инвалидов, получающих пенсию. По новому закону о медицинском страховании, действующему с октября 2002 г., супруг (супруга) застрахованного лица имеет право на бесплатное страхование только в том случае, если ему (ей) осталось меньше пяти лет до пенсии. Это сделано не только для расширения налоговой базы, но и в целях предотвращения злоупотреблений. Были случаи, когда этим правом пользовались для уклонения от уплаты налогов те, кто на самом деле работал и должен был платить. Для студентов право на бесплатное медицинское страхование ограничивается установленным сроком обучения. К категориям населения, за медицинское страхование которых платит государство, добавились неработающие родители, имеющие ребенка младше 8 лет, и родители, имеющие трех детей в возрасте до 19 лет (в обоих случаях государство платит только за одного из родителей).

Хотя благодаря поправкам 2002 г. доля плательщиков увеличилась, на одного «платника» по-прежнему приходится более одного «бесплатника». Это подрывает принцип солидарности социального медицинского страхования и вызывает у некоторых недовольство тем, что они платят больше, чем получают взамен. Вопрос об увеличении социального налога всерьез не рассматривался и вообще динамика медицинского страхования, налогообложения и частных расходов пока не стали предметом пристального внимания политиков, хотя ЭФМС и производители медицинских услуг обращают внимание на относительное сокращение финансирования здравоохранения из доходов от общего налогообложения (см. ниже). Некоторые политики предлагали ввести, как в Сингапуре, индивидуальные медицинские сберегательные счета, но до конкретных планов дело дошло. В ближайшем будущем важных перемен не ожидается.

Набор медицинских услуг и нормирование

Набор медицинских услуг

Программа социального медицинского страхования предусматривает два вида льгот: денежные пособия (18,5% расходов ЭФМС на покрытие страховых обязательств) и собственно медицинские услуги (81,5%). К первому виду (табл. 8) относятся выплаты по больничному листу, пособие взрослым на

Таблица 8. Денежные пособия, выплачиваемые ЭФМС, 2003 г.

Описание	Размеры пособия, % или евро
Временная нетрудоспособность^a	
Выплата по больничному листу ^b	80% дохода за предыдущий год, облагаемого социальным налогом Стационарное и амбулаторное лечение продолжительностью до 182 дней (240 дней для больных туберкулезом) 80%: временное освобождение от служебных обязанностей (до 60 дней) 80%: карантин (до 7 дней) 100%: профессиональное заболевание или производственная травма (до 182 дней) 100%: предотвращение уголовного преступления, защита интересов государства и общества, спасение человеческой жизни (до 182 дней)
Пособие по материнству	100%: отпуск по беременности и родам (до 140 дней, в случае осложненных родов или рождения близнецов — до 154 дней)
Льготы при усыновлении ребенка	100%: 70-дневный отпуск (70 дней, если ребенку меньше 10 лет)
Пособие по уходу	80%: уход за ребенком младше 12 лет, в больнице (до 14 дней) 80%: уход за членом семьи, на дому (до 7 дней) 80%: уход за ребенком-инвалидом до 16 лет или за ребенком до 3 лет, если ухаживающее за ним лицо заболело или находится в роддоме (до 10 дней) 100%: уход за ребенком младше 12 лет (до 14 лет)
Стоматологическая помощь (взрослым)	
Лица старше 19	9,80 евро в год
Беременные	28,80 евро в год
Матери детей в возрасте до года	19,20 евро в год
Лица с заболеваниями, плохо влияющими на состояние зубов	19,20 евро в год
Зубное протезирование для лиц старше 63 лет и пенсионеров по старости	127,80 евро в 3 года
Компенсация расходов на лекарственные средства при амбулаторном лечении	
Лекарства из базового списка, назначенные амбулаторно	50% от 383,40—639,00 евро в год 75% от 639,00—1278,00 евро в год 0% свыше 1278,00 евро
Возмещение расходов на проезд	
Расходы на проезд до медицинского учреждения	На год, вводится с 2005 г.

Источник: (15).

^a ЭФМС оплачивает больничный лист по временной нетрудоспособности, начиная со второго дня. Оплата за день рассчитывается, исходя из среднемесячной заработной платы лица, которому выписан больничный, за последний полный календарный год (исходя из суммы, с которой уплачен социальный налог).

^b Не более 250 дней в году. Работающие лица в возрасте старше 65 и лица, получающие государственную пенсию по инвалидности, могут получать это пособие в течение 60 дней на эпизод болезни, но в общей сложности не более 90 дней в году.

лечение зубов, дополнительное возмещение стоимости рецептурных льготных лекарств (при высоких общих расходах пациента на лекарства), а также (с 2005 г.) расходы на транспортировку больного в медицинское учреждение. Пособие по временной нетрудоспособности выплачивается только работающим и рассчитывается, исходя из заработка за предыдущий год, а прочие выплаты положены всем охваченным страхованием. Ко второму виду льгот относятся покрытие услуг по профилактике и лечению заболеваний, скидки на лекарства и медицинские изделия. На эти услуги может распространяться принцип распределения затрат (см. ниже).

Перечень услуг, покрываемых социальным медицинским страхованием, весьма широк; во многом благодаря тому, что до введения системы медицинского страхования государство финансировало и обеспечивало общедоступное медицинское обслуживание. Покрытие не распространяется лишь на косметическую хирургию, нетрадиционные методы лечения и подбор очков. Вместе с тем покрытие некоторых услуг, в первую очередь стоматологических, постепенно сокращается. В конце 2002 г. стоматологическая помощь взрослым была исключена из перечня льготных медицинских услуг и заменена денежной выплатой (см. табл. 8). Зато с 2003 г. ЭФМС включил в набор услуг длительное лечение тяжелобольных, уход за больными и некоторые виды помощи на дому.

Некоторые медицинские услуги ЭФМС покрывает частично — это предусмотрено в новом законе о медицинском страховании (2002 г.). В ответ на жалобы медицинских учреждений на недостаток средств (см. ниже) им было разрешено брать за плату некоторые услуги (совместные платежи), причем закон ограничивает верхний предел этой платы. За некоторые услуги, в частности на экстракорпоральное оплодотворение и медицинский аборт, пользователь платит определенную часть стоимости услуги (совместное страхование), установленную правительством в законодательном порядке (табл. 9). Правила распределения затрат едины для всех производителей, работающих по договорам с ЭФМС, независимо от юридического статуса. Согласно закону, сумма соплатежа не может быть больше 50% преискурантной цены на услугу. Законом установлены следующие условия, при которых разрешается совместное страхование медицинских услуг.

- Цель оказания услуги может быть достигнута другим, более дешевым способом без значительного увеличения риска для пациента.
- Услуга скорее направлена на улучшение качества жизни, чем лечение или облегчение заболевания.
- Как правило, больные готовы сами платить за эту услугу, и решение застрахованного лица обратиться за этой услугой зависит главным образом от того, оплачивает ли ее ЭФМС, и если да, то в какой степени.

Скидки на лекарства и изделия медицинского назначения

Первый перечень жизненно важных лекарственных средств был разработан в 1992 г., и сначала им руководствовались при формировании поставок бесплатных лекарств из-за рубежа. Позднее больницы использовали его, чтобы

Таблица 9. Плата, взимаемая с населения за услуги, предоставляемые по страховке ЭФМС, 2004 г.

Плата	Освобождение от платы
Первичное медицинское обслуживание (семейные врачи)	
Визит к врачу — бесплатно	Дети младше 2 лет и беременные женщины с 12-й недели беременности
Визит врача на дом — соплатеж в размере до 3,20 евро (50 эстонских крон)	
Оформление водительских и тому подобных справок — оплата «в разумных пределах»	Выписка рецепта, больничного, документы для оформления инвалидности или для лечения
Рецептурные лекарства для амбулаторного лечения	
Обычные лекарства: обязательный соплатеж 3,20 евро (50 крон) за рецепт, плюс не менее 50% от суммы, превышающей соплатеж (цена минус соплатеж); максимальный размер возмещения по одному рецепту, — 12 евро (200 крон)	Если больной тратит в год на рецептурные лекарства для амбулаторного лечения от 383,40 до 1278,00 евро, ему полагается дополнительное возмещение от ЭФМС (см. табл. 8)
Лекарства для лечения хронических заболеваний: соплатеж 1,30 евро (20 крон), плюс 0% или 25% от остальной суммы (цена минус соплатеж) (или 10% для больных в возрасте 4—16 лет, лиц, получающих пенсию по старости или по инвалидности, лиц старше 63 лет). Лекарства для детей младше 4 лет: только соплатеж в размере 1,30 евро.	
Амбулаторная специализированная помощь	
Максимальная плата 3,20 евро (50 крон)	Дети до 2 лет и беременные, начиная с 12-й недели беременности
Стационарная помощь	
Максимальная плата не выше 1,60 евро (25 крон) в день в течение не более 10 дней на эпизод заболевания	Дети, беременные, больные в отделениях интенсивной терапии
Устанавливаемая медицинским учреждением плата за дополнительные удобства (отдельная палата, телевизор и т.п.)	
Частичная оплата некоторых услуг (% прейскурантной цены):	Не более 50% прейскурантной цены
<ul style="list-style-type: none"> • аборт без медицинских показаний — 30%; • реабилитация (в день) — 20%; • медицинские приспособления — 10%; • экстракорпоральное оплодотворение — 0—30% 	

Источники: (16, 17).

разрабатывать собственные справочники по лекарствам. Кроме того, он лег в основу перечня лекарственных льгот, предоставляемых системой социального медицинского страхования. В последние годы разработаны четкие рекомендации по включению лекарств в льготный перечень, введены базовые цены, поощряется применение непатентованных аналогов.

В 1993 г. была введена система скидок на лекарства для амбулаторного лечения, приобретаемые по рецепту врача. Система была хорошо продумана и предусматривала три вида скидок в зависимости от заболевания, большие скидки детям, инвалидам и пенсионерам. При покупке лекарства требовалось заплатить обязательный соплатеж в размере 2,60 евро (40 эстонских крон), на который скидки не распространялись. На остальную часть стоимости рецептурного лекарства (цена за вычетом соплатежа) предоставлялась скидка не менее 50%, но не более 12,00 евро (200 эстонских крон) по одному рецепту. Для лекарств, применяемых для лечения серьезных хронических заболеваний, совместный платеж был ниже (0,60 евро, или 10 эстонских крон), а скидка составляла 90% или 100%. Перечни льготных лекарств составлялись с учетом концепции жизненно необходимых лекарств и включали лишь заведомо эффективные препараты. К сожалению, при этом не делалось различий между патентованными и непатентованными аналогами. Даже при наличии нескольких непатентованных аналогов, возмещалась стоимость патентованного препарата, если именно он был выписан врачом.

Расходы на лекарства росли намного быстрее общих расходов на медицинскую помощь, и законом о медицинском страховании (2002 г.) система лекарственных льгот была изменена. Медикаментозное лечение в стационаре предоставляется бесплатно, расходы на безрецептурные лекарства, витаминно-минеральные добавки, лекарственные средства из трав не возмещаются. Большинство рецептурных препаратов, используемых для лечения амбулаторных больных, включены в льготный список и затраты на них частично компенсирует ЭФМС.

Теперь, приобретая в аптеке рецептурное лекарство для амбулаторного лечения, надо заплатить обязательный соплатеж в размере 3,20 евро (50 эстонских крон), а на остальную часть стоимости лекарства предоставляется скидка (обычно 50%). Максимальная скидка по одному рецепту — 12,00 евро (200 эстонских крон). Для лекарств, входящих в официальный перечень лекарственных препаратов для лечения хронических заболеваний, обязательный соплатеж составляет 1,30 евро (20 эстонских крон), а скидка — от 75 до 100%. По рецептам для детей в возрасте от 4 до 16 лет, пенсионеров по старости или инвалидности, а также лиц старше 63 лет препараты из списка лекарств с 75%-ной скидкой отпускаются с 90%-ной скидкой. Однако если лекарства из перечней с более высоким уровнем компенсации используются для лечения заболеваний, не указанных в соответствующем постановлении правительства, то на них распространяется меньшая, 50%-ная скидка. С августа 2004 г. по рецептам для детей в возрасте до 4 лет действует 100% скидка. В табл. 8 приведены условия дополнительной компенсации для больных, расходующих на рецептурные лекарства от 383,40 до 1278,00 евро в год.

Страховое покрытие распространяется на изделия медицинского назначения, используемые при некоторых заболеваниях. Как правило, компенсация составляет 90%, причем ограничивается ее максимальная сумма за год.

Участие в расходах на амбулаторное лечение

В 1995 г. была введена плата в размере 0,30 евро (5 эстонских крон) за первичное обращение за амбулаторной помощью в государственные медицинские учреждения. Однако через несколько месяцев в результате политического давления значительная часть населения (пенсионеры, инвалиды и дети) была освобождена от платы. Независимым врачам-специалистам разрешили самим устанавливать цену на свои услуги, без каких-либо ограничений, даже при работе по договорам с фондами медицинского страхования. В 1990-е годы вместе с ростом объема частных услуг росла доля прямых платежей населения в расходах на здравоохранение. Многие врачи, особенно стоматологи и другие специалисты, открывали частные практики. Одновременно некоторые государственные медицинские учреждения, пользуясь законодательной неопределенностью своего юридического статуса, стали действовать на основании частного права как некоммерческие учреждения или акционерные общества с ограниченной ответственностью и, по праву частных производителей, начали сами устанавливать цены на амбулаторные медицинские услуги. В некоторых больницах плата вводилась только за дополнительные услуги, например, за проживание в отдельной палате.

С 2002 г. действуют следующие правила частичной оплаты амбулаторных медицинских услуг. Визит к семейному врачу больной не оплачивается, а вот за вызов на дом — распространенная практика в Эстонии — семейный врач может брать до 3,20 евро (50 эстонских крон). Максимальный соплатеж за консультацию у врача-специалиста в учреждениях, работающих по договору с ЭФМС, тоже составляет 3,20 евро (50 эстонских крон). Правда, если больного направляют к другому врачу той же специальности в том же учреждении, то повторно плата не взимается. Поскольку новый закон о медицинском страховании (2002 г.) не освобождал от соплатежей никакие группы населения ни за какие виды специализированной амбулаторной помощи, производители услуг не замедлили ввести плату за широкий круг услуг, даже за визит в отделение неотложной помощи. Это вызвало недовольство общества, и в октябре 2003 г. вновь избранное правительство решило внести поправки в закон с тем, чтобы освободить от платы детей, беременных женщин и отменить плату за неотложную помощь. С августа 2004 г. дети младше 2 лет и беременные женщины, начиная с 12-й недели беременности, освобождены от соплатежей за первичную медицинскую помощь на дому и амбулаторную специализированную помощь.

Участие в расходах на стационарное лечение

Больницам разрешается брать с пациентов плату за день госпитализации, но не более, чем за 10 дней на эпизод лечения. Плата за койко-день не должна превышать 1,60 евро (25 эстонских крон). От нее освобождены дети, женщины, госпитализированные в связи с беременностью и родами, а также пациенты отделений интенсивной терапии. Кроме того, больницам разрешено взимать плату за размещение в палате повышенной комфортности. Од-

нако всем пациентам обязаны предлагать место в обычной палате, а если таких мест нет, то брать плату за повышенный комфорт не разрешается. Такие требования предъявляются к больницам, работающим по договору с ЭФМС. В остальных больницах цены договорные. Эти цены должны быть «разумными», но их верхний предел не нормируется.

Возмещение расходов на стоматологические услуги

С середины 1990-х годов ЭФМС финансирует программы профилактики кариеса у детей. Сначала в них участвовали по желанию заинтересованные медицинские учреждения, а затем была запущена государственная программа, полностью финансируемая ЭФМС. Программа включает обучение детей уходу за зубами, консультации у стоматологов, лечение препаратами фтора и нанесение защитных веществ (по показаниям).

В пересмотренный закон о медицинском страховании (2002 г.) были включены новые правила возмещения расходов на стоматологическое лечение, четко определившие права детей и взрослых. Сегодня социальное медицинское страхование гарантирует бесплатную профилактическую и лечебную стоматологическую помощь детям и подросткам в возрасте до 19 лет. Взрослые должны сами платить за лечение зубов, но их расходы частично возмещает ЭФМС. Некоторые группы населения получают более высокую компенсацию (табл. 8).

При подготовке закона главной задачей было обеспечить бесплатную стоматологическую помощь детям. Что касается возмещения расходов на стоматологические услуги для взрослых, то при обсуждении проекта закона рассматривались четыре варианта:

1. Почти бесплатное стоматологическое лечение для всех застрахованных, с очень небольшими нормируемыми соплатежами.
2. Заключение договоров на конкурсной основе с ограниченным числом стоматологов в каждом районе, которые бы финансировались исключительно ЭФМС, для обеспечения доступа малообеспеченным группам населения.
3. Свобода выбора производителя услуг, оплата услуг пользователем с последующей ограниченной компенсацией расходов ЭФМС.
4. Полностью платное стоматологическое лечение для взрослых.

В конечном итоге остановились на третьем варианте; первый сочли неприемлемым для бюджета, остальные отвергли по политическим причинам.

До 2002 г. регулировались цены на стоматологические услуги, а не соплатежи. В результате примерно половину всего объема стоматологической помощи, в том числе детской, оплачивали пациенты. По данным опроса общественного мнения, в 1999 г. к стоматологам обращались 51% людей в возрасте от 15 до 74 лет, в 2001 г. — уже 42%, а в 2002 г. — 31% (18). С введением новых правил возмещения расходов на лечение зубов число детей, посетивших стоматолога в 2003 г., немного увеличилось по сравнению с 2002 г. Объем стоматологической помощи взрослым остался на уровне 2002 г. Менее половины тех, кто лечился у стоматолога в 2002 г., обратились за возмещением в

ЭФМС. Остальные либо не знали о том, что им положена компенсация, либо не захотели утруждаться подачей заявления из-за относительно небольшой суммы. Сейчас государство регулирует цены на детскую стоматологическую помощь. Цены на взрослую стоматологическую помощь не регулируются и не контролируются государством.

Возмещение расходов на лечение за границей

Расходы на лечение за границей составляют малую толику в общем бюджете здравоохранения. Раньше они покрывались ЭФМС либо на основании двусторонних договоров с некоторыми странами (Финляндией, Швецией, Латвией и Литвой), либо, в случае заболеваний, которые в Эстонии вылечить невозможно, на основании предварительно полученного согласия ЭФМС (в среднем около 20 случаев в год). После вступления Эстонии в Европейский союз система двусторонних договоров изменилась.

Определение набора услуг

В 1990-е годы решение о том, какие услуги включить в покрываемый страховкой набор, принимало Министерство социального обеспечения на основании рекомендаций ведомственного комитета, в который входили представители медицинских учреждений и фондов медицинского страхования. Комитет оценивал медицинскую эффективность услуг и, в тех случаях, когда это было возможно, сравнивал новые услуги с существующими методами лечения. Например, в 1999 г. фонды медицинского страхования начали оплачивать экстракорпоральное оплодотворение, но только по три процедуры и только для женщин в возрасте до 35 лет.

С 2002 г. действуют более четкие правила по включению новых услуг в гарантированный набор и установлению размеров соплатежей (подробнее о соплатежах см. выше). При учреждении ЭФМС в качестве самостоятельной государственной организации на нее возложили главную ответственность за определение набора услуг совместно с другими заинтересованными сторонами. ЭФМС и Министерство социального обеспечения согласовывают набор услуг, а окончательное решение принимает правительство, оно же утверждает расценки. Поскольку для каждого наименования в наборе услуг указана цена, термины «прейскурант» и «набор услуг» в эстонской системе медицинского страхования используются как синонимы. Правление ЭФМС проводит всестороннюю оценку услуг в соответствии с установленными правилами (см. ниже) и подает предложения по их включению (или исключению) на рассмотрение в совет ЭФМС. Совет изучает их и передает их в Министерство социального обеспечения. Министерство, в свою очередь, направляет предложения на утверждение в правительство (обычно раз в год). Однако такой порядок не устраивает производителей услуг, и сейчас правительство рассматривает возможность создания специального комитета, чтобы обеспечить более высокий уровень согласия среди заинтересованных сторон и проведение переговоров перед принятием окончательного решения и установлением цен.

В законе о медицинском страховании (2002 г.) установлены 4 критерия включения или исключения услуги из основного набора: медицинская и экономическая эффективность, соответствие государственной политике в области здравоохранения, наличие денежных ресурсов. Хотя приоритетность критериев не уточнена, на практике решающее значение имеет наличие денег.

Подавая заявку на включение в набор новой услуги или на изменение цены уже включенной услуги, профессиональные организации или производители услуг должны представить соответствующую документацию по каждому из четырех критериев. Заявки рассматривают специалисты по медицине, экономике здравоохранения, работники министерства и ЭФМС. Каждая из сторон представляет письменное заключение в ЭФМС, который руководит этим процессом. Заявка должна включать подробную информацию о затратах, использованную при расчете цены (в соответствии с требованиями к данным по каждому из четырех критериев, перечисленными в постановлении Министерства социального обеспечения). Если данных о затратах нет или цена представляется необоснованной, то окончательная цена устанавливается только после переговоров с заявителем и представителями соответствующей специальности. Цена должна покрывать все расходы, связанные с оказанием услуги, кроме финансируемых из государственного бюджета расходов на научные исследования и подготовку специалистов.

На основе заявки, сопровождающей документации и цены, совет ЭФМС представляет рекомендацию в Министерство социального обеспечения, а оно, в свою очередь, — в правительство. В течение года рекомендации рассматриваются и принимаются при определении бюджета здравоохранения на следующий год. В 2002 и 2003 гг. по новым правилам были обработаны более сотни заявок на включение новых услуг и повышение цен на уже входящие в основной набор услуги. До вступления в силу этих правил (2002 г.) не проводилось оценки услуг, включаемых в страховой пакет.

В последние годы обсуждался вопрос о разделении набора услуг и преискуранта, поскольку стало ясно, что преискурант не лучший инструмент для выделения важнейших услуг и не подходящая основа для формирования пакета услуг, если учесть, что развиваются другие методы проспективного финансирования больниц, в частности с использованием клинико-затратных групп (см. раздел «Распределение средств»).

Прямое нормирование может происходить не только через набор услуг, но и другими способами, особенно на уровне ЭФМС. Например, договоры между ЭФМС и производителями услуг включают отдельные положения об объемах и ценах для некоторых услуг. Использование дорогостоящих вмешательств тоже ограничивается договорами, иногда особые условия могут оговариваться в преискуранте или других подобных документах. В последнее время ЭФМС использует оценки потребностей населения при распределении средств по четырем региональным филиалам и заключении договоров. Это позволяет ей рациональнее распределять ресурсы между первичной помощью и специализированной, между льготами в денежной и натуральной форме и т. д. (подробнее см. раздел «Распределение ресурсов»). Ме-

ханизмы финансирования производителей услуг разработаны таким образом, чтобы не допускать перепотребления услуг, как это было, например, в случае с электрофизиотерапевтическими процедурами в советское время.

Тем не менее на уровне медицинских учреждений сохраняется скрытое нормирование. Введение клинических руководств в конце 1990-х годов облегчило нормирование на уровне отдельных врачей (подробнее о клинических руководствах см. раздел «Медицинское обслуживание»). Еще одним ограничителем служат очереди на лечение. В постановлении Министерства социального обеспечения (2001 г.) введены предельные сроки ожидания для разных видов лечения. В следующем году полномочия по установлению предельных сроков ожидания были переданы совету ЭФМС. Подробнее о предельных сроках ожидания рассказано в разделе «Медицинское обслуживание». Предпринимаются попытки нормирования и сокращения времени ожидания с целью повышения доступности лечения. В 2003 г. служба государственного аудита проанализировала методы нормирования времени ожидания и подчеркнула, что производители услуг должны серьезнее относиться к установленным предельным срокам, внедрять централизованное регулирование очередей для всех видов медицинской помощи и информировать пациентов о сроках ожидания.

Вопросы нормирования медицинского обслуживания впервые стали публично обсуждаться на страницах центральной прессы в 2002 г. Много писалось о высокой стоимости имплантации улитки уха и дороговизне лекарств от лейкемии. В апреле 2002 г., пытаясь привлечь население к определению важнейших направлений финансирования, ЭФМС провел опрос общественного мнения по поводу того, как следует распределять дополнительные средства. Опрашиваемые должны были выбрать, во что следует в первую очередь вкладывать средства: в имплантацию улитки, всеобщую бесплатную стоматологическую помощь, бесплатную стоматологическую помощь для пожилых, бесплатную стоматологическую помощь только для детей, сокращение очередей на протезирование суставов, повышение заработной платы врачам и так далее. По каждому варианту приводилось краткое описание с указанием расходов на осуществление. Большинство опрошенных считали, что надо вкладывать средства в достижение тех целей, которые требуют относительно небольших затрат, например в бесплатную стоматологическую помощь для детей, услуги по реабилитации и сокращение очередей на удаление катаракты. Варианты, требовавшие половины или большей части общего бюджета, были менее популярны. Кроме того, в разных группах населения предпочтения различались. Так, среди людей с более высоким уровнем образования было больше сторонников повышения заработной платы медикам, в то время как менее образованных больше интересовало обеспечение бесплатной стоматологической помощи хотя бы для пенсионеров. Молодежь активнее выступала за более строгий контроль донорской крови на ВИЧ-инфекцию и за бесплатное лечение зубов детям. Пожилые чаще выбирали бесплатную стоматологическую помощь для пенсионеров, сокращение очередей на удаление катаракты и протезирование суставов. Опрос также отразил общественное мнение относительно того, кто

должен определять набор страховых услуг. Большинство опрошенных высказались в пользу Министерства социального обеспечения, на втором месте — ЭФМС, за ней — правительство. Более молодые считали, что решение должен принимать ЭФМС при участии общественности. Пожилые отдавали предпочтение Министерству социального обеспечения. Из-за малого числа опрошенных нельзя принимать конкретные решения на основании результатов опроса, тем не менее это была удачная попытка возбудить общественную дискуссию по вопросам нормирования медицинской помощи. Однако больше подобных дискуссий не проводилось и интерес общества к этому вопросу, похоже, ослаб.

Дополнительные источники финансирования

В 2002 г. на долю государственного бюджета, муниципальных бюджетов и частных источников финансирования приходилось, соответственно, 8,1%, 2,5% и 23,7% общего объема финансирования здравоохранения. Из внешних источников средств на здравоохранение в 2002 г. не поступало. В этом разделе рассматривается каждый из этих дополнительных источников в отдельности.

Государственный и муниципальные бюджеты

В последние годы уменьшилась доля государственного и муниципальных бюджетов в финансировании здравоохранения, что привело к общему снижению доли налогов и страхования в общих расходах на здравоохранение с 80,7% в 1998 г. до 76,3% в 2002 г. Финансирование из государственного и муниципальных бюджетов сократилось не из-за изменения каких-либо функций или обязанностей органов власти, а из-за отставания роста ассигнований на медицинскую помощь от бюджетного роста в целом.

Большая часть средств, поступающих из государственного бюджета, расходуется на услуги скорой помощи и управление (кроме управления ЭФМС). Финансированием скорой помощи ведает Совет по здравоохранению.

Таблица 10. Структура ассигнований из государственного бюджета, выделенных на здравоохранение в 2002 г.

Вид расходов	Доля, %
Скорая помощь	30
Управление	21
Неотложная помощь для незастрахованных	16
Лекарственные средства и медицинские изделия	11
Капитальные затраты	11
Программы профилактики	7
Другие услуги здравоохранения	4

Источник: (5).

нию, который заключает договоры на оказание этих услуг. Для незастрахованных лиц из государственного бюджета финансируется только неотложная помощь. Первоначально за финансирование неотложной медицинской помощи и организацию других видов обслуживания для незастрахованных отвечали уезды и муниципалитеты. В отсутствие общих указаний Министерства социального обеспечения, а также вследствие больших различий в численности населения муниципалитетов, ассортимент услуг, доступных незастрахованным лицам, в разных районах существенно отличался; муниципалитеты очень по-разному определяли, какие услуги входят в неотложную помощь. В некоторых районах этим занимались уездные власти. Министерство потребовало, чтобы начиная с 2002 г. ЭФМС проверял обоснованность заявок на возмещение расходов на неотложную помощь незастрахованным в целях обеспечения равного доступа к неотложной медицинской помощи по всей стране, хотя финансирует этот вид помощи по-прежнему государство. Министерство сочло, что ЭФМС лучше справится с этой задачей, чем муниципальные или уездные власти. Теперь люди с одинаковыми потребностями в неотложной помощи получают одинаковые услуги, независимо от места жительства.

Производители услуг, ЭФМС и Министерство социального обеспечения потребовали увеличить финансирование здравоохранения из общих налоговых поступлений, в особенности это касается финансирования капитальных затрат и первичной медицинской помощи незастрахованным. Перед выборами некоторые политические партии обещали увеличить бюджетное финансирование, но, придя к власти, своих обещаний не выполнили.

В 2002 г. большая часть средств, поступивших из муниципальных бюджетов, была израсходована на капитальные затраты (56,6% всех средств, выделенных муниципальными бюджетами на здравоохранение), еще 19,8% израсходовано на оплату медицинских услуг, 20,6% — на управление.

Внешнее финансирование

Внешнее финансирование существенной роли не играет. В 1998 г. оно покрывало 1% общих расходов на здравоохранение, а к 2001 г. уменьшилось почти до нуля. Правда, в 2004 г. ожидается увеличение внешнего финансирования, прежде всего за счет поступлений от структурных фондов Европейского союза и из других источников по программам развития материально-технической базы больниц (см. ниже).

Средства из внешних источников обычно шли на обучение кадров и приобретение оборудования, а не на покрытие текущих расходов. Например, в больницы поставлялось оборудование по двусторонним программам. Некоторые программы были направлены на решение медицинских вопросов, совершенствование организации медицинского обслуживания (в том числе развитие медицинских информационных сетей и обеспечение качества) и подготовку управленческих кадров для здравоохранения.

В прошлом основным внешним источником финансирования был Всемирный банк. Его первый кредит (1992 г.) на сумму 3 млн долларов США

был израсходован на покупку основных лекарств и высокотехнологичного оборудования для больниц. На эти же цели израсходован кредит Импортно-экспортного банка Японии (4,5 млн долларов США). В 1995 г. Всемирный банк выделил второй кредит, в поддержку реформ здравоохранения. Общая сумма в размере 18 млн долларов США была вложена в основном в строительство нового здания медицинского факультета Тартуского университета. Дополнительно были получены средства по двусторонним и многосторонним программам развития, а также из государственного бюджета в рамках общего проекта Всемирного банка «Здравоохранение Эстонии» (подробнее см. раздел «Реформы здравоохранения»).

В 2000 г. начались переговоры с Всемирным банком о третьем кредите, в поддержку реформы стационарной медицинской помощи (в том числе долговременной) и изменения системы финансирования капиталовложений. Однако из-за смены правительства переговоры были прерваны. Новое правительство обратилось с просьбой о финансировании капиталовложений в Европейский региональный фонд развития и с 2004 по 2006 г. Эстонии будет выделено около 25 млн евро (388,67 млн эстонских крон) на развитие пяти больниц (региональных центров).

После вспышки ВИЧ-инфекции среди инъекционных наркоманов Эстония обратилась за финансовой помощью во Всемирный фонд борьбы со СПИДом, туберкулезом и малярией. Фонд выделил безвозмездную помощь в размере 10 млн долларов США на укрепление профилактической и санитарно-просветительской работы среди групп риска и молодежи, а также на оплату лекарств для ВИЧ-инфицированных. Этот случай скорее исключение из общего правила использования внешних источников для финансирования капитальных затрат, а не текущих расходов.

Частные источники финансирования

Частными источниками финансирования здравоохранения являются официальные и неофициальные прямые платежи населения, добровольное медицинское страхование и некоторые другие. Доля этих источников в общих расходах на здравоохранение выросла с 13,2% в 1998 г. до 22,2% в 2001 г. В 2003 г. рост продолжился в связи с повсеместным введением соплатежей за амбулаторную и стационарную медицинскую помощь. Добровольное медицинское страхование в основном ориентировано на туристов.

Платежи населения

Платежи населения включают установленные законом соплатежи за медицинские услуги, частично покрываемые медицинским страхованием, прямую оплату услуг, не покрываемых ЭФМС, и неофициальные платежи. С середины 1990-х годов доля прямых платежей населения в общих расходах на здравоохранение все время увеличивалась, в основном из-за роста частного сектора. В 2001 г. она составила 19%, причем большая часть этих денег была израсходована на лекарства и стоматологическое лечение (табл. 11).

О соплатежах за льготные медицинские услуги см. в разделе «Набор меди-

Таблица 11. Структура расходов населения за здравоохранение в 2001—2002 гг., %

Вид расходов	2001	2002
Лекарственные средства	53,6	50,6
Стоматологическая помощь	25,0	24,1
Расходы на другие аптечные товары	8,0	7,7
Реабилитация	3,1	8,0
Амбулаторная помощь	4,2	5,2
Стационарное лечение	2,3	0,8
Прочие	3,8	3,6
Всего	100,0	100,0

Источники: (5,13).

цинских услуг» и табл. 9. Введение соплатежей (закон о медицинском страховании, 2002 г.) — результат компромисса с производителями услуг, долгие годы сетовавших на недофинансирование здравоохранения. Много споров было вокруг доводов о необходимости собрать средства, чтобы поднять зарплату медикам. Говорилось и от том, что введение платы послужит преградой для перепотребления услуг. В частности, Союз семейных врачей призы-вал ввести плату за визит к врачу для того, чтобы сократить число необоснованных визитов. Однако правительству удалось отстоять заявленный в законе принцип бесплатности первичной медицинской помощи, и соплатежи были введены только за визиты врача на дом. Плата за койко-день призвана нейтрализовать некоторые стимулы, возникающие у больниц при оплате их услуг по числу фактически проведенных больным койко-дней (например, стимул оставлять больных на выходные дни в стационаре, когда в этом нет необходимости), а также создать дополнительный стимул для сокращения сроков госпитализации.

Ни Министерство социального обеспечения, ни ЭФМС не собирают данные в масштабах страны о фактической плате за лечение, взимаемой медицинскими учреждениями. Тем не менее похоже на то, что большинство медицинских учреждений ввели плату за услуги, причем семейные врачи в крупных городах берут максимальную плату, а в небольших городах и сельской местности их услуги стоят дешевле. Как показал опрос, проведенный по заказу ЭФМС, для 38% застрахованных плата в размере 1,60 евро (25 эстонских крон) за визит к семейному врачу является значительным финансовым препятствием. Плата в размере 3,20 евро (50 эстонских крон) за вызов врача на дом стала бы финансовым препятствием для 51% застрахованных, в размере 1,60 евро (25 эстонских крон) — для 22%. Однако пока никто должным образом не проанализировал, как повлияло введение соплатежей на потребление услуг. Согласно результатам последнего ежегодного опроса мнений потребителей (проведенного по заказу ЭФМС одной из ведущих компаний по изучению рынка), оплата услуг и медикаментов стоит на втором месте среди трудностей, с которыми пациенты сталкиваются при обращении за специализированной амбулаторной помощью.

Рост личных расходов на здравоохранение в Эстонии в какой-то степени

обусловлен очередями на лечение. Некоторые больные предпочитали оплачивать полную стоимость услуг, чтобы получить их вне очереди. С 1999 г. в ряде районов очереди к некоторым специалистам стали еще длиннее (например, в Таллинне — к гинекологам) (см. ниже). Выросли очереди на плановые операции в крупных больницах. Это объясняется ужесточением условий договоров в отношении возмещения расходов: три года подряд ЭФМС отказывалась возместить больницам расходы на услуги, оказанные сверх договорных объемов. (Подробнее об очередях на лечение см. «Доступность и качество специализированной помощи».)

Недавно были введены правила, регулирующие внеочередное обслуживание. Это сделано для того, чтобы у платных больных не было преимущества перед обслуживаемыми по страховому полису. Теперь, оплатив услугу полностью, можно получить ее вне очереди только в том случае, если очередь вызвана отсутствием финансирования (т. е. медицинское учреждение уже выполнило объем услуг, предусмотренный договором с ЭФМС) и не связана с недостаточной пропускной способностью производителя услуг; не разрешается обслуживание без очереди и в том случае, если это может помешать своевременному лечению пациента, обслуживаемого по страховому полису. По данным ежегодного опроса в целях изучения степени удовлетворенности медицинским обслуживанием, 4% из тех, кто обращался к врачам-специалистам в 2003 г., платили или собирались платить за внеочередное обслуживание. По стационарной помощи подобных сведений нет.

Неофициальные платежи в Эстонии мало распространены. В 1998 г. по поручению ЭФМС проводился репрезентативный опрос, который показал, что 1% застрахованных платили врачам дополнительно. По данным опроса, проведенного в 2002 г. на деньги, предоставленные Организацией экономического сотрудничества и развития, неофициально платили за медицинские услуги менее 1% пациентов, и в основном по собственной инициативе. Средняя величина этих платежей составила 122 евро (1903 эстонских кроны), медиана — 16 евро (250 эстонских крон). Чаще неофициально платили русскоязычные пациенты, а также те, кто хотел попасть к специалисту без направления от семейного врача. 49% опрошенных считают неофициальную плату врачу взяткой (12% не имеют определенного мнения по этому вопросу), а 40% готовы сообщать о случаях требования врачами неофициальной оплаты (10% не имели определенного мнения) (19).

Добровольное медицинское страхование

В конце 2002 г. ЭФМС и коммерческая страховая компания начали предлагать добровольное страхование для тех, кто иначе остался бы незастрахованным (например, неработающие супруги лиц, застрахованных в ЭФМС). Подробнее о добровольном страховании в ЭФМС см. выше. Альтернативное добровольное медицинское страхование в коммерческой компании предусматривает гораздо более ограниченное покрытие, чем страхование в ЭФМС. Во-первых, заключение договоров возможно только для лиц в возрасте от 3 до 60 лет, причем дети в возрасте с 3 до 18 лет страхуются только при условии страхования родителей. Во-вторых, предлагается пять различ-

ных пакетов услуг с фиксированными пределами страхового покрытия (табл. 12). К концу 2003 г. в частной страховой компании было застраховано примерно 200 человек, преимущественно иностранцев, ходатайствующих о виде на жительство в Эстонии, и еще 212 человек добровольно застраховались в ЭФМС (см. выше).

Из пакетов услуг коммерческой страховой компании лишь для пакета первичной медицинской помощи ранжированные по риску страховые премии для всех возрастных групп были ниже общей ставки взносов добровольного страхования в ЭФМС (13% от средней заработной платы в стране за предыдущий год) (табл. 12). Людям старше 50 лет «общий» пакет обошелся дороже, чем страхование в ЭФМС. Предлагаемый коммерческой компанией пакет услуг, включающий стационарное лечение, равно как пакет «экстра», для всех возрастных групп был дороже, чем страхование в ЭФМС.

На пакеты услуг коммерческого страхования регулирование не распространяется. «Первичный» пакет включает первичную помощь примерно в тех же объемах, что и страхование в ЭФМС, кроме вакцинации против гриппа и энцефалита. Коммерческие пакеты услуг гарантируют более короткие сроки ожидания приема или плановой операции, чем страховка ЭФМС. Однако сейчас введены новые правила, регулирующие внеочередное обслуживание (см. выше). Вместе с тем многое остается за рамками коммерческого страхования: лечение хронических заболеваний, лекарства для амбулаторного лечения, лечение заболеваний, передающихся половым путем (включая ВИЧ-инфекцию), экстракорпоральное оплодотворение, трансплантация органов, гемодиализ при почечной недостаточности, психиатрическая помощь и некоторые другие услуги. В договорах предусмотрены периоды отсрочки ответственности страховщика, в течение которых застрахованный не имеет права предъявлять каких-либо требований: от 1 месяца (для большинства договоров) до 11 месяцев для стоматологической помощи и до 1 года для родов. Максимальная продолжительность периодов отсрочки регулируется законом об обязательном праве (см. раздел «Реформы здравоохранения»).

Таблица 12. Пакеты услуг добровольного коммерческого медицинского страхования, 2003 г.

Вид страховки	Покрываемые услуги	Предельная сумма страхового покрытия
Первичная	Первичная медицинская помощь	1000 евро (15 000 крон)
Общая	Вышеуказанное плюс амбулаторная специализированная помощь	2500 евро (40 000 крон)
Больничная	Все вышеперечисленное плюс стационарное лечение	4500 евро (70 000 крон)
Экстра	Все вышеперечисленные плюс корректирующие линзы и другие медицинские приспособления	10 250 евро (160 000 крон)
Стоматологическая	Стоматологическая помощь	250 евро (4000 крон)

Источник: (20).

До 2002 г. рынка добровольного медицинского страхования практически не было, прежде всего потому, что ЭФМС обеспечивал полный набор медицинских услуг и не было больших очередей на лечение. К тому же, отказаться от социального медицинского страхования невозможно, и владельцы полисов добровольного медицинского страхования не имеют налоговых льгот. Дополнительное добровольное медицинское страхование, предлагаемое работодателями работникам (кроме страхования в связи с зарубежными служебными командировками), облагается 33% налогом как неденежный заработок. Добровольное медицинское страхование долгое время ограничивалось страхованием туристов, да еще некоторые иностранные компании дополнительно страховали своих сотрудников, чтобы те могли поскорее попасть к врачам-специалистам.

Временами раздавались призывы развивать добровольное медицинское страхование в целях привлечения средств в здравоохранение, но всерьез это не обсуждалось. Не нашло политической поддержки и предложение о введении налоговых льгот по добровольному медицинскому страхованию. Наоборот, налог на неденежный заработок отбил охоту у работодателей предлагать своим работникам страховку. Коммерческие страховые компании не разрабатывали новых страховых продуктов отчасти из-за ограниченности рынка, отчасти из-за сложности процесса. Не старались они и убедить правительство ввести налоговые льготы. На сегодняшний день не планируется повышать роль добровольного медицинского страхования в финансировании здравоохранения, однако новые правила возмещения расходов за стоматологическую помощь, возможно, будут способствовать развитию рынка добровольного страхования для этого вида медицинских услуг.

Прочие частные источники

К прочим частным источникам (см. табл. 5) относится оплата работодателями профилактических медицинских осмотров работников, но на 95% это оплата лекарств иностранными туристами и работодателями.

Расходы на здравоохранение

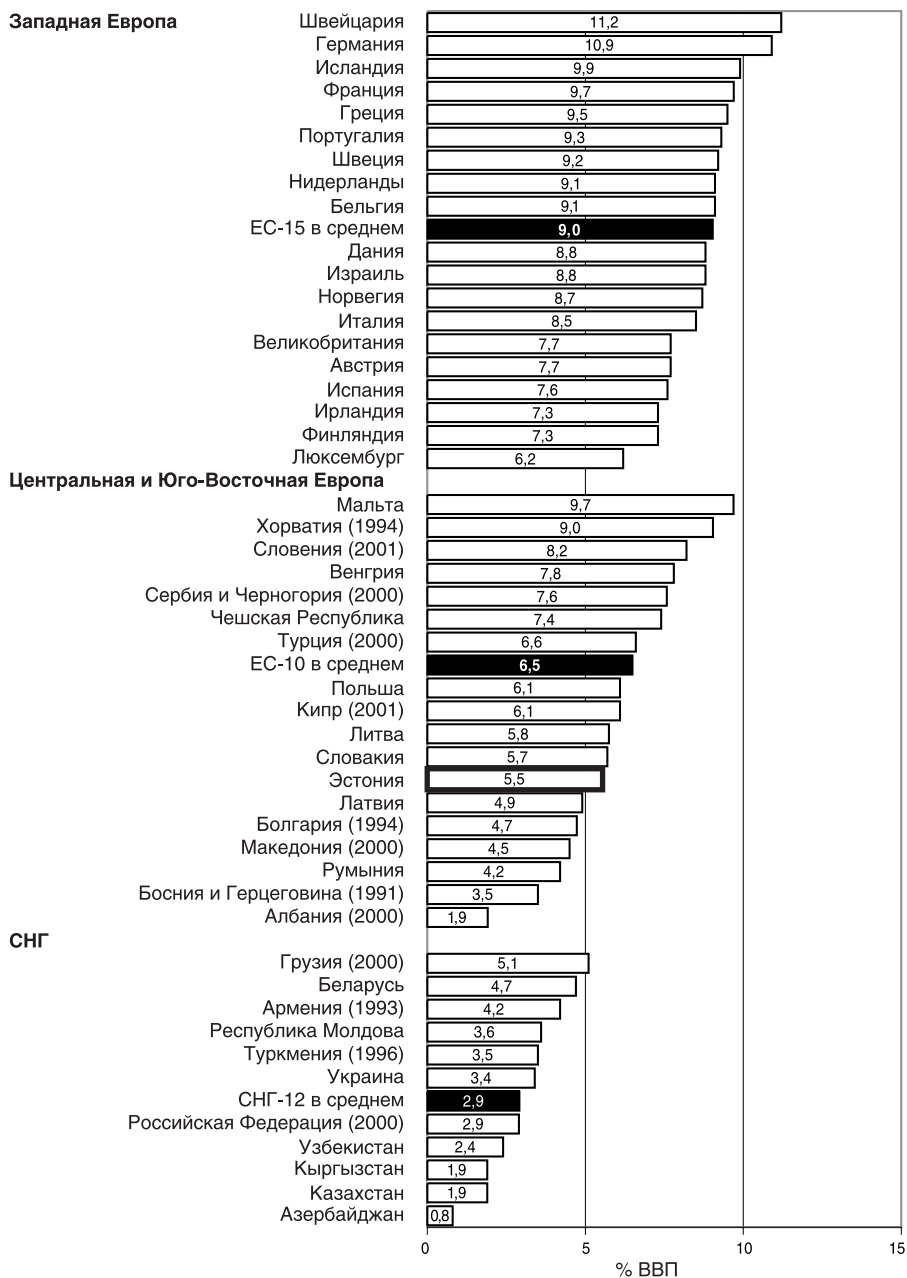
С 1999 г. Министерство социального обеспечения ведет систематический сбор данных о расходах на здравоохранение по методике национальных счетов здравоохранения Организации экономического сотрудничества и развития. Новая методика несколько отличается от той, что применялась до 1999 г. Анализируя более ранние данные, следует учитывать, что они не столь надежны и могут занижать частные расходы.

Таблица 13. Динамика расходов на здравоохранение в 1992—2002 гг.

Общие расходы на здравоохранение	1992	1995	1997	1999	2001	2002
% ВВП	4,5	5,9	6,0	6,5	5,5	5,5
Доля государства в общих расходах, %	—	—	87,0	80,4	77,7	76,3

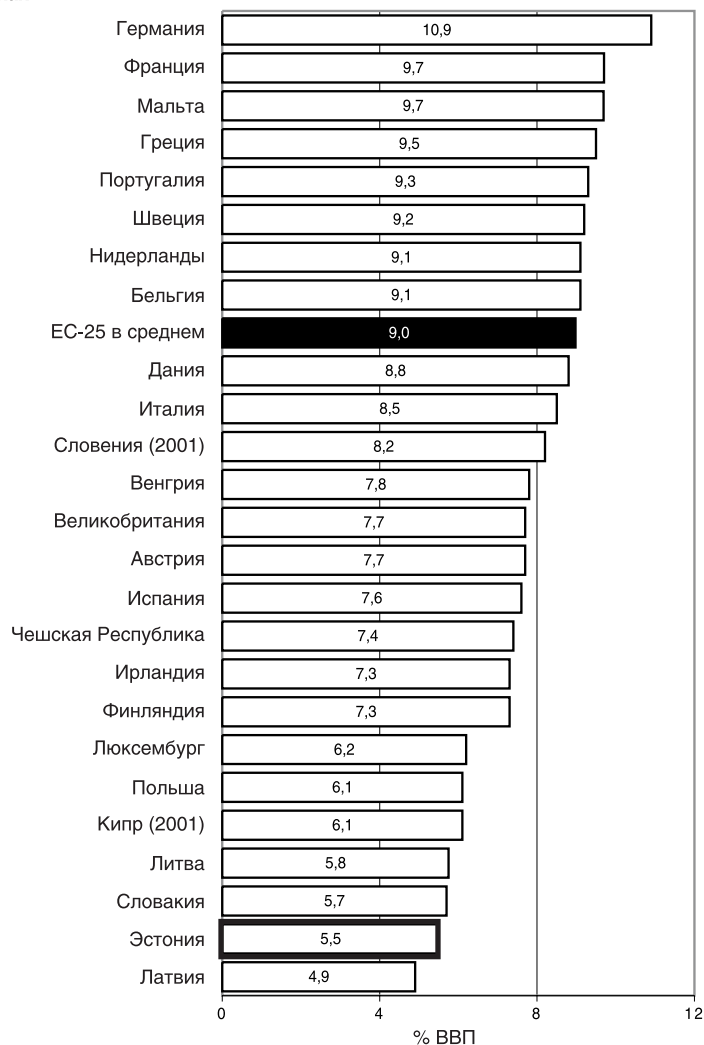
Источник: (21).

Рисунок 3а. Общие расходы на здравоохранение (% ВВП) в странах Европейского региона ВОЗ в 2002 г. В отсутствие данных за 2002 г. приведены данные за год, указанный в скобках



Источник: база данных «Здоровье для всех» Европейского регионального бюро ВОЗ, июнь 2004 г. ЕС-10 — страны, вступившие в ЕС 1 мая 2004 г.; ЕС-15 — страны ЕС до 1 мая 2004 г.

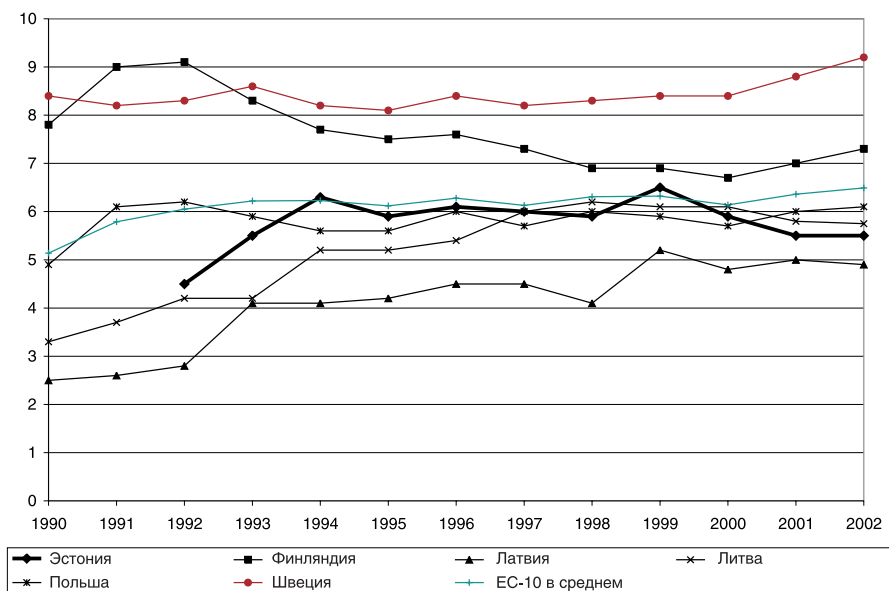
Рисунок 36. Общие расходы на здравоохранение (% ВВП) в странах Европейского союза в 2002 г. В отсутствие данных за 2002 г. приведены данные за год, указанный в скобках



Источник: база данных «Здоровье для всех» Европейского регионального бюро ВОЗ, июнь 2004 г.
ЕС-25 — все страны ЕС.

В 1990-х годах общие расходы на здравоохранение менялись следующим образом: в 1992 г. они составляли 4,5% валового внутреннего продукта (ВВП), к середине 1990-х годов выросли почти до 6,0%, а в 2000 г. снизились до 5,5% ВВП. Правительство не задает планового уровня общих расходов на здравоохранение в процентах от ВВП, хотя Эстонский союз врачей требовал установить его в размере 7,0—8,0% ВВП. Подушные расходы на здравоохра-

Рисунок 4. Динамика общих расходов на здравоохранение (% ВВП) в Эстонии и некоторых европейских странах в 1990—2002 гг.



Источник: (21).

нение увеличились с 209 долларов США в 1993 г. до 559 долларов США в 2001 г. Последняя цифра выше, чем в среднем в странах Центральной и Восточной Европы, и выше, чем в других странах Балтии. Тем не менее это всего лишь четвертая часть средних подушных расходов на здравоохранение в ЕС-15 (среднее для 15 стран-участниц Европейского союза до расширения 1 мая 2004 г.).

В Эстонии затраты на здравоохранение в первую очередь определяются размерами заработной платы, с которой собирается налог медицинского страхования, и растущими расходами населения на лекарства и стоматологическое лечение. До 1998 г. расходы на здравоохранение увеличивались вместе с ростом экономики. В 1999 г. они достигли наивысшего уровня (в % ВВП), после чего начали сокращаться вследствие замедления развития экономики, вызванного экономическим кризисом в России и общим экономическим спадом в мире. Несмотря на недобор доходов от социального налога в 1999 г., ЭФМС смог воспользоваться резервными фондами, расплатиться с производителями услуг, благодаря чему объем расходов на здравоохранение по отношению к ВВП увеличился. Последующее падение доли ВВП, расходуемой на здравоохранение, до 5,5% было обусловлено двумя причинами. Во-первых, ЭФМС пришлось зарезервировать часть доходов (0,2% ВВП). Во-вторых, рост бюджетных ассигнований на здравоохранение отставал от роста общих доходов бюджета.

С 2003 г. ожидался рост объемов финансирования здравоохранения по от-

Таблица 14. Расходы на здравоохранение в 1999—2003 гг., % ВВП, скорректированного в большую сторону

Общие расходы на здравоохранение	1999	2000	2001	2002	2003
% ВВП	6,1	5,5	5,1	5,1	5,3 ^a

Источник: (22).

^a Расчетное значение.

ношению к ВВП вследствие введения соплатежей за услуги, покрываемые ЭФМС. К тому же, к концу 2003 г. ЭФМС накопила необходимые резервы и могла увеличить расходы на медицинские услуги. Кроме того, Эстония должна была получить значительную финансовую помощь от Европейского фонда регионального развития. В результате расходы на здравоохранение действительно увеличились. Однако в июне 2004 г. изменилась методика расчета ВВП и он был скорректирован в большую сторону, что привело к статистически значимому уменьшению расходов на здравоохранение по отношению к ВВП за 2003 и 2004 гг., несмотря на их фактический рост. В табл. 14 приведены данные за последние годы о расходах на здравоохранение, выраженные в % от скорректированного ВВП.

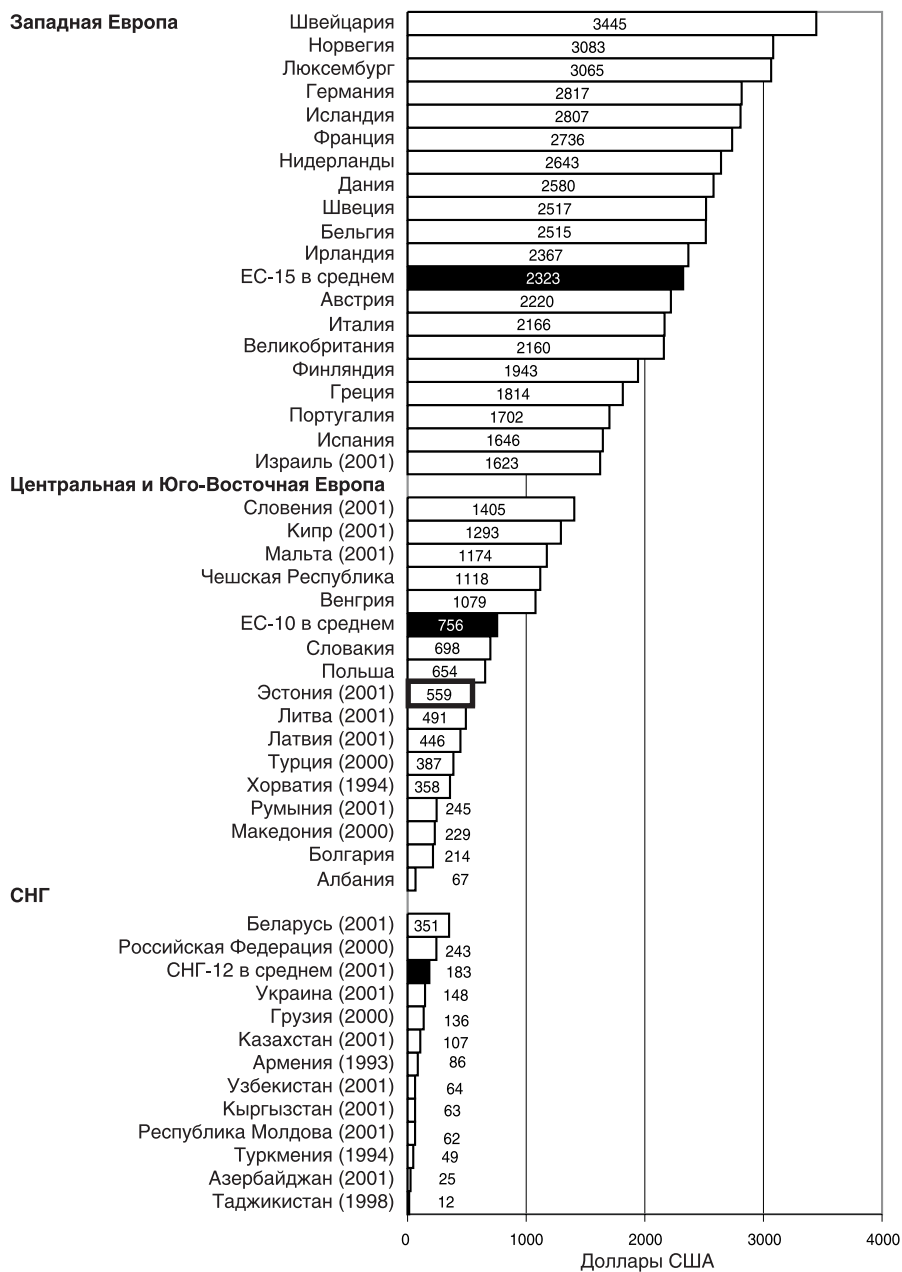
В 1990-е годы доля государственного финансирования в общих расходах на здравоохранение уменьшалась (см. табл. 13). Несмотря на отсутствие точных данных на начало 1990-х годов, известно, что доля государства в общих расходах была высока. Данные о платежах населения за медицинскую помощь в середине 1990-х годов могут быть занижены; более надежны данные, полученные после 1999 г. Вопрос о соотношении государственных и частных затрат властями не рассматривался и никаких решений по этому поводу не принималось. Доля платежей населения в общих расходах на здравоохранение выросла, главным образом из-за увеличения расходов на стоматологическую помощь и лекарства, которые лишь частично покрываются ЭФМС, а также из-за введения соплатежей. В ближайшие годы, однако, доля платежей населения может уменьшиться по сравнению с долей государственных расходов, так как ожидается поступление крупных сумм от структурных фондов Европейского союза. Кроме того, рост доходов ЭФМС должен опережать рост поступлений от ограниченных соплатежей. Объем платежей населения в основном зависит от цен на лекарства и стоматологическое лечение, а цены на лекарства в прошлом быстро росли (см. ниже, а также в разделе «Лекарственные средства»).

Таблица 15. Структура расходов на здравоохранение в 1996—2002 гг., %

Категория	1996	1998	2000	2001	2002
Доля государственного финансирования	88,0	86,0	76,0	77,7	76,3
Стационарная помощь	—	—	36,2	29,4	30,5
Лекарства	17,0	18,7	22,3	25,2	26,3
Капитальные затраты	4,1	3,2	2,1	1,3	2,3

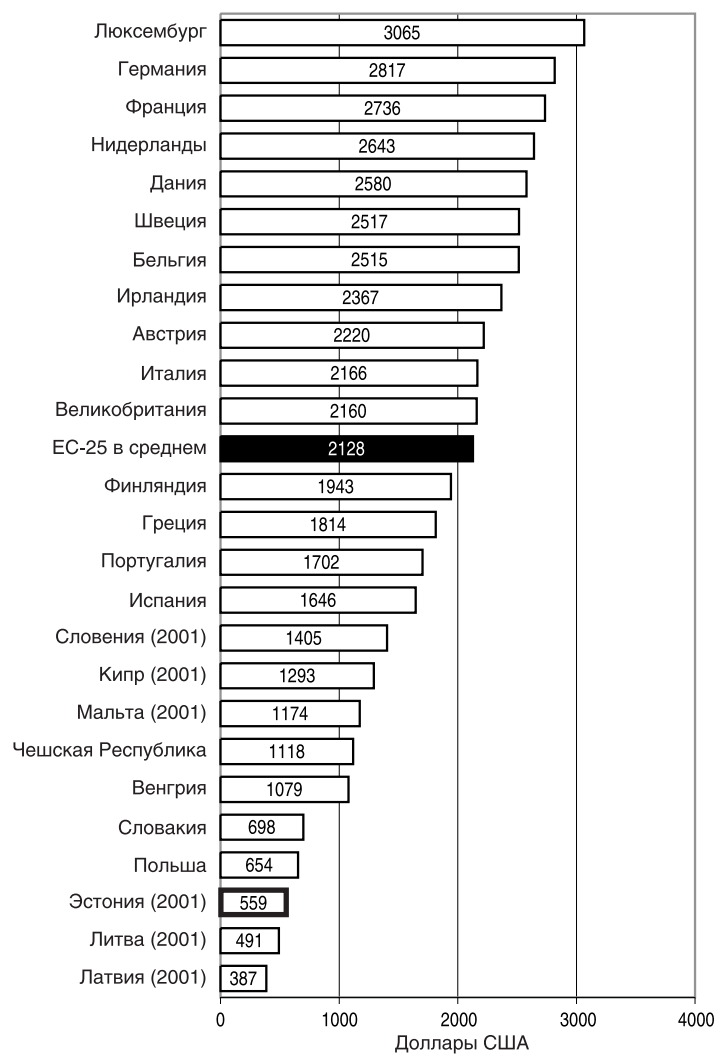
Источники: (13, 23).

Рисунок 5а. Подушные расходы на здравоохранение (в долларах США) в странах Европейского региона ВОЗ в 2002 г. (или в году, указанном в скобках)



Источник: База данных «Здоровье для всех» Европейского регионального бюро ВОЗ, июнь 2004 г.
 EC-10 — страны, вступившие в ЕС 1 мая 2004 г.; EC-15 — члены ЕС до 1 мая 2004 г.; EC-25 — все страны ЕС.

Рисунок 56. Подушные расходы на здравоохранение (в долларах США) в странах ЕС в 2002 г. (или в году, указанном в скобках)

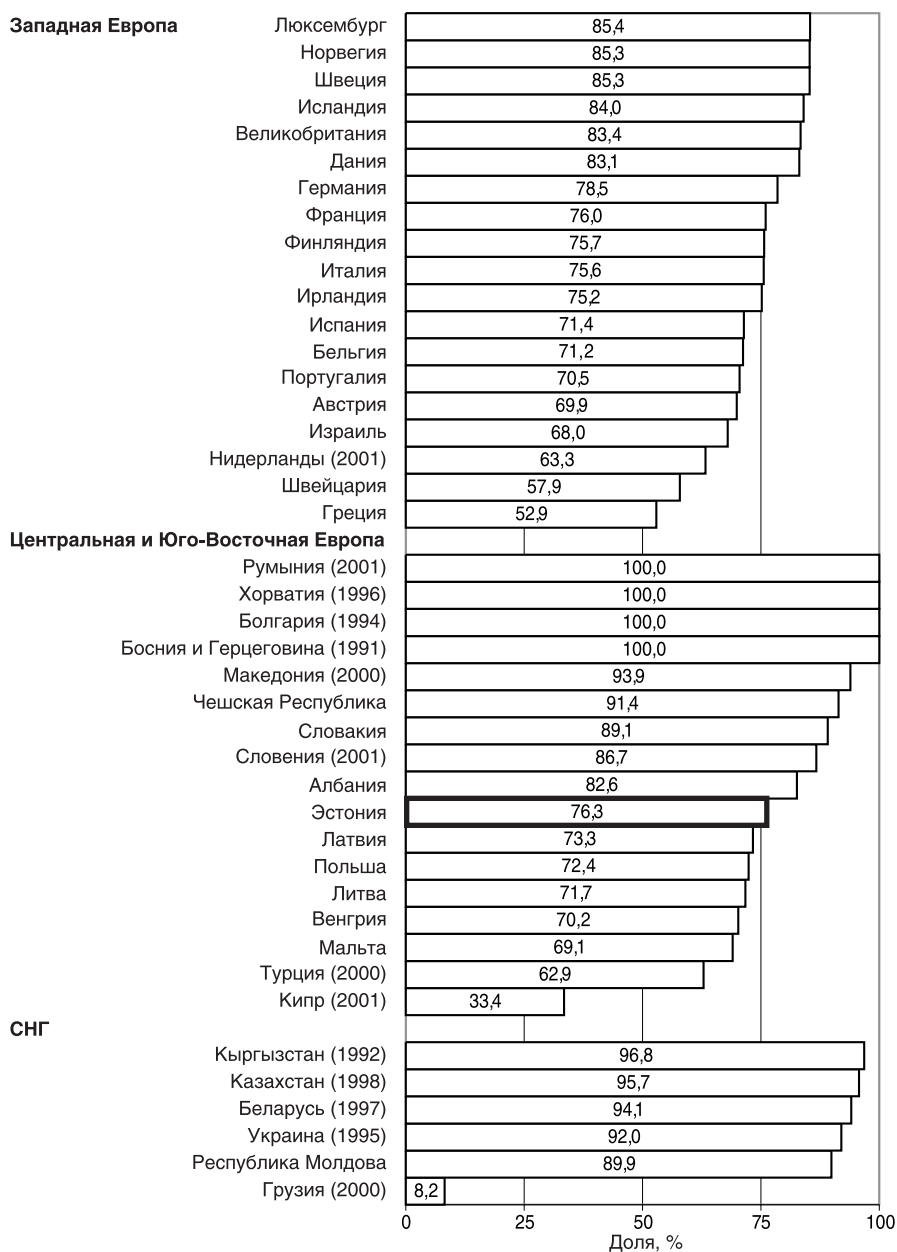


Источник: База данных «Здоровье для всех» Европейского регионального бюро ВОЗ, июнь 2004 г.

Доля налогов и страхования в общих расходах на здравоохранение в Эстонии близка к среднему уровню в странах Центральной и Восточной Европы. В Чешской республике, Словении и Словакии этот показатель выше, а в Латвии, Литве и Венгрии — ниже, чем в Эстонии.

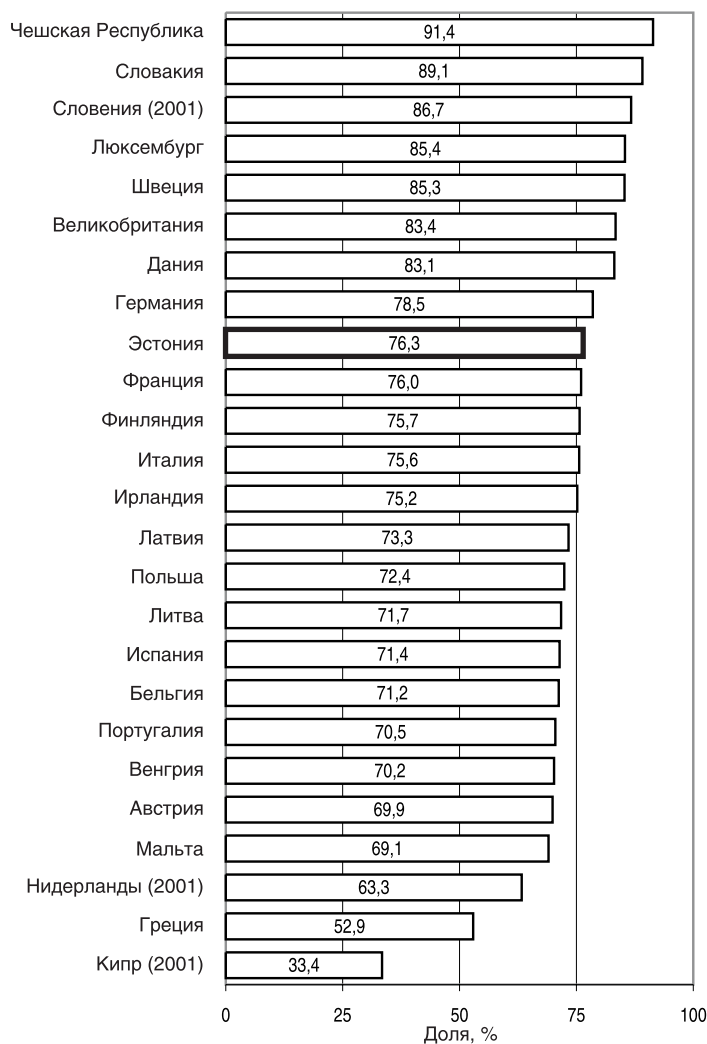
Относительные расходы на стационарную помощь в Эстонии ниже, чем в других европейских странах, что отражает последовательную политику в от-

Рисунок 6а. Доля государственных средств в общих расходах на здравоохранение в странах Европейского региона ВОЗ в 2002 г. В отсутствие данных за 2002 г. приведены данные за год, указанный в скобках



Источник: База данных «Здоровье для всех» Европейского регионального бюро ВОЗ, июнь 2004 г.

Рисунок 66. Доля государственных средств в общих расходах на здравоохранение в странах ЕС в 2002 г. В отсутствие данных за 2002 г. приведены данные за год, указанный в скобках



Источник: База данных «Здоровье для всех» Европейского регионального бюро ВОЗ, июнь 2004 г.

ношении сдерживания этого вида затрат. Например, объемы договоров, заключаемых ЭФМС с больницами, строго фиксированы; коечный фонд сокращается, равно как средняя продолжительность госпитализации; в начале 1990-х годов часть небольших больниц по уходу за тяжелобольными была передана социальному сектору и т. д. Необходимость сдерживать расходы на стационарную помощь обостряется в связи с ростом расходов ЭФМС на оп-

лату лекарств и пособий по болезни — двум статьям расходов, обязательства по которым не ограничиваются договорами. Чтобы сохранить доступность медицинской помощи, решено в первую очередь финансировать не стационарную, а первичную и амбулаторную специализированную помощь.

Расходы населения и ЭФМС на лекарства быстро растут, что отчасти объясняется расширением ассортимента лекарств, отчасти — отсутствием поддержки применения непатентованных препаратов. С введением базовых цен, устанавливаемых исходя из цен на непатентованные аналоги, рост расходов на лекарственные средства может замедлиться (см. раздел «Лекарственные препараты»).

В 2002 г. доля расходов на стоматологическую помощь в общих расходах на здравоохранение составила 8,5%, из них 56% поступило из государственных источников (5). В 2001 г. платежи населения составили около половины всех расходов на стоматологические услуги.

Уровень капиталовложений в материально-техническую базу здравоохранения в Эстонии в 1990-е годы был низким. Правда, имеющиеся данные не учитывают инвестиций в растущем частном секторе. К концу 1990-х годов вопросы финансирования капитальных затрат в здравоохранении стали предметом пристального внимания правительства, и с 2004 г. ожидается рост ассигнований на эти цели (см. раздел «Распределение средств»).

Медицинское обслуживание

Общественное здравоохранение

Закон об общественном здравоохранении (1995 г.) внес изменения в унаследованную с советских времен систему санитарно-эпидемиологических служб и определил новый порядок финансирования и оказания услуг в сфере общественного здравоохранения в Эстонии. С 2000 г., в связи с подготовкой к вступлению в Европейский союз, общественному здравоохранению стало уделяться гораздо больше внимания, особенно охране здоровья и гигиене труда.

Деятельность в сфере общественного здравоохранения

Общегосударственный уровень

Обязанности по общественному здравоохранению на уровне страны возложены на Министерство социального обеспечения, Инспекцию по охране здоровья, Национальный институт развития здравоохранения, ЭФМС, Инспекцию по труду и Центр гигиены труда.

В *Министерстве социального обеспечения* вопросами общественного здравоохранения занимаются отдел общественного здравоохранения и отдел условий труда. Отдел общественного здравоохранения был образован в 2001 г. путем слияния двух отделов (общественного здравоохранения и охраны здоровья), и сегодня он отвечает не только за планирование в сфере общественного здравоохранения, пропаганду здорового образа жизни и профилактику заболеваний, но и за гигиену окружающей среды и борьбу с инфекционными заболеваниями. Отдел условий труда, совместно с другими органами, отвечает за гигиену и охрану труда. Сейчас в министерстве проходит реорганизация, которая может привести к передаче отделу общественного здравоохранения обязанностей по контролю за содержанием токсических веществ в природных средах, которые прежде выполняли отдел условий труда и Министерство окружающей среды.

Национальный институт развития здравоохранения образован в мае 2003 г. путем слияния трех государственных институтов: Института эксперимен-

тальной и клинической медицины (образован в 1973 г.), Центра формирования здоровья (образован в 1994 г.) и Центра здоровья населения и обучения социальной работе (образован в 1997 г.). Новый институт должен стать национальным центром подготовки специалистов в области охраны и укрепления здоровья; он отвечает за проведение прикладных и аналитических исследований в области общественного здравоохранения (включая вопросы экомедицины, эпидемиологии, укрепления здоровья, политики, управления, финансирования и информатики), контроль за состоянием здоровья населения, руководство национальными программами общественного здравоохранения и обучение по программам общественного здравоохранения и управления здравоохранением. По инициативе его предшественника, Центра формирования здоровья, была создана служба специалистов по пропаганде здорового образа жизни, действующих на уровне уездных администраций, которая организует работу по укреплению и охране здоровья в общинах. Благодаря этой службе, а также налаженным межведомственным связям, удается согласованно выполнять государственные программы в этой сфере.

Государственные программы в области общественного здравоохранения финансируются из государственного бюджета и осуществляются различными правительственными учреждениями. Правительство утвердило четыре программы, направленные на решение важнейших задач в сфере общественного здравоохранения: программу профилактики ВИЧ-инфекции на 2002—2006 гг., программу борьбы с туберкулезом на 1998—2003 гг., программу по профилактике наркомании на 1997—2007 гг. и программу охраны здоровья детей и подростков на 2000—2005 гг. Государственная программа научных исследований в области общественного здравоохранения — пятая программа, одобренная и финансируемая правительством в целях дополнительной поддержки исследований в этой области. Руководит этими программами отдел общественного здравоохранения, а осуществляют их на практике подчиненные организации, например Национальный институт развития здравоохранения. Министерство отвечает за выработку общей политики и принятие ежегодного рабочего плана.

Государственную программу иммунизации утверждает министр социального обеспечения, а осуществляет Инспекция по охране здоровья. Иммунизация входит в обязанности семейных врачей; кроме того, ее могут выполнять школьные врачи. Не все согласны с тем, что надо было передавать эту обязанность семейным врачам, однако пока такая передача не отразилась отрицательно на уровнях охвата. В частности, охват иммунизацией против кори в последние годы увеличился: по представленным в ВОЗ данным, с 1994 по 1998 г. он вырос с 74 до 88%.

Эти государственные программы предусматривают тесное сотрудничество с местными учреждениями и населением, прежде всего через уездную администрацию. Министерства-партнеры участвуют в планировании и практической работе через своих представителей в комиссиях программ. Однако участие это не всегда ощутимо, поскольку вся ответственность, как правило, лежит на министре социального обеспечения. Сотрудничество с непра-

вительственными организациями пока не налажено. На сегодняшний день есть как весьма успешный, так и абсолютно провальный опыт совместной работы с ними.

Помимо прямого госбюджетного финансирования государственных программ, на профилактическую работу расходуется около 2% бюджета ЭФМС, что составило в 2004 г. 4,1 млн евро (64 млн эстонских крон). Эти средства идут на оплату профилактических обследований по выявлению гипертонии, повышенного уровня холестерина, рака молочной железы и шейки матки, остеопороза, консультирование подростков по вопросам репродуктивного здоровья, услуги по планированию семьи, школьные программы профилактики, дополнительная вакцинация 12- и 13-летних подростков против гепатита В, специальные обследования с целью выявления аномалий плода. Последние две услуги являются дополнением к обычной практике, определенной министром социального обеспечения и финансируемой из государственного бюджета. ЭФМС финансирует также две профилактические программы негосударственного Онкологического фонда (по выявлению рака молочной железы у женщин 45—59 лет (с 2002 г.) и рака шейки матки у женщин 30—40 лет (с 2003 г.)). Прочие профилактические обследования выполняются по возможности или по желанию, информация о бесплатных обследованиях публикуется в средствах массовой информации и вывешивается в медицинских учреждениях. Однако ни одна из этих услуг не предоставляется незастрахованным. Все программы профилактических обследований осуществляются под надзором ЭФМС. Контрольные показатели согласуются с организациями, ответственными за оказание этих услуг.

Кроме того, ЭФМС ежегодно выделяет около 900 000 евро (14 млн эстонских крон) на деятельность по укреплению здоровья. Каждый год консультативный комитет отдела общественного здравоохранения рассматривает проектные заявки. Финансирование может получить любая организация, информация о подаче заявок публикуется в газетах. Однако, в соответствии с требованиями Европейского союза, проекты в области общественного здравоохранения считаются теперь обычными предложениями услуг и поэтому с 2005 г. они будут отбираться на конкурсной основе. При этом, вероятно, финансирование большинства мероприятий местного масштаба ухудшится и потребуются новый механизм финансирования. Общественное здравоохранение не входит в обязанности ЭФМС, и все чаще раздаются призывы сократить финансирование этой деятельности и направить средства на лечение. При ежегодном 5—6-процентном росте общего бюджета ЭФМС бюджет программ по укреплению здоровья не увеличивался с 2001 г.

Инспекция по охране здоровья по своим функциям и организации напоминает свою предшественницу — санитарно-эпидемиологическую службу советской эпохи. Инспекция обеспечивает соблюдение законодательства по охране здоровья через сеть четырех региональных филиалов и 15 отделений (по одному в каждом уезде). Инспекция отвечает за эпидемиологический надзор и борьбу с инфекционными заболеваниями, государственные и местные эпидемиологические службы, государственные программы иммуни-

зации и гигиены окружающей среды, а также за развитие информационной службы контроля санитарного состояния окружающей среды.

После принятия закона о гигиене и охране труда (1999 г.) при Министерстве социального обеспечения был образован *Центр гигиены труда*. Первое время перед ним ставились скорее научные задачи (проведение прикладных исследований и обучение специалистов), главным образом потому, что в ходе реформ Министерство объединило Институт гигиены труда и Институт экспериментальной и клинической медицины (теперь они в составе Национального института развития здравоохранения). Однако постепенно Министерство переориентировало Центр на решение организационных задач. В соответствии с изменениями закона о гигиене и безопасности труда (2003 г.), Центру вменяется в обязанность организация и координация деятельности в области гигиены труда по всей стране, выполнение государственных программ, сбор данных, оценка ситуации в области гигиены труда в стране, проведение экспертиз, регистрация производителей услуг в области производственной гигиены, подготовка специалистов. Изменения внесены в закон для того, чтобы распространить регулирование гигиены труда на весь рынок рабочей силы, включая государственные службы, наемный труд заключенных и военнослужащих и других особых категорий работников. С начала 1990-х годов правительство и парламент обсуждали закон о страховании на случай производственной травмы, но так и не решились ввести еще один обязательный целевой налог. К маю 2004 г. законодательство по гигиене и охране труда было приведено в соответствие с требованиями Европейского союза.

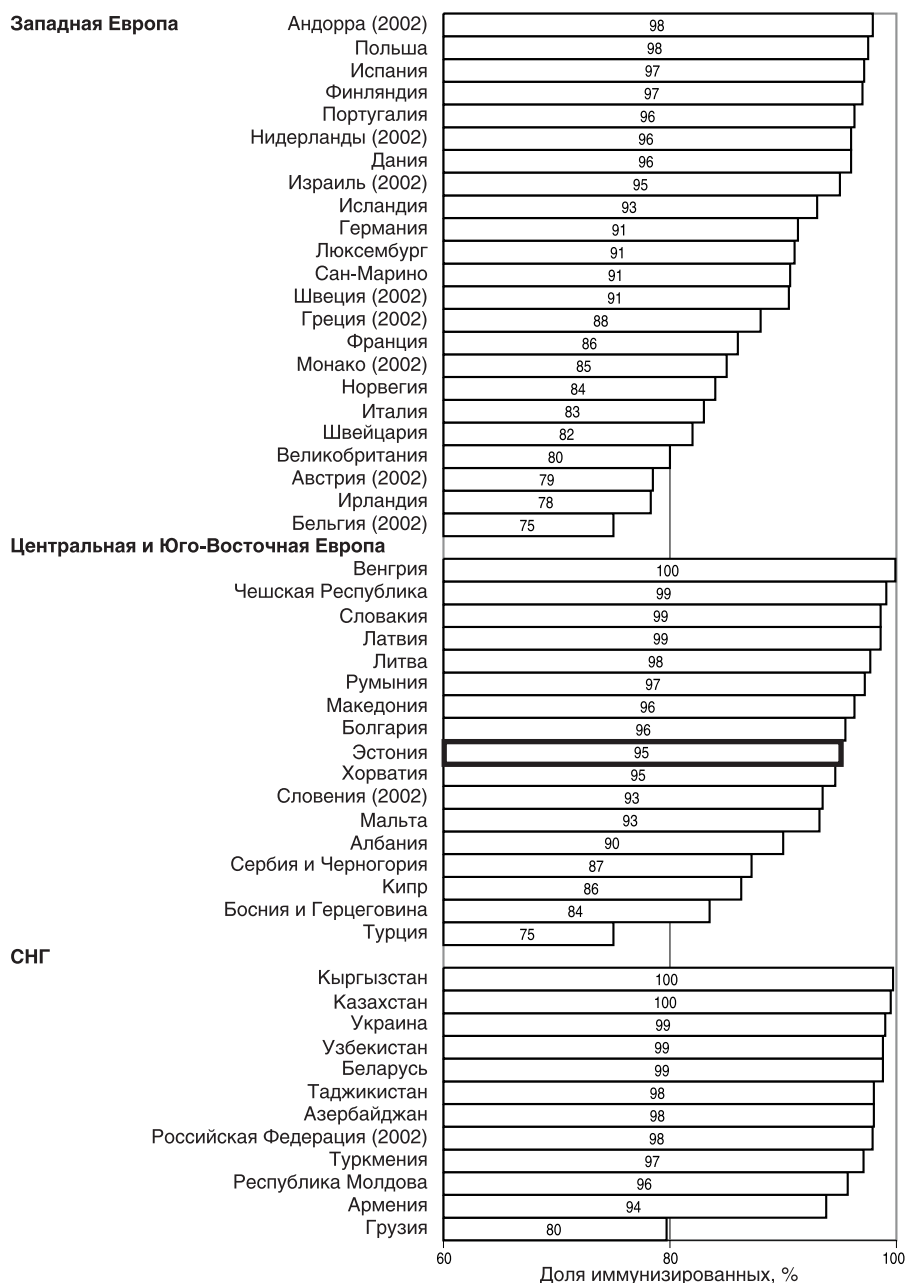
Инспекция по труду — государственный орган, отвечающий за охрану труда и трудовые отношения. Она имеет право проводить расследования, налагать штрафы, возбуждать уголовные расследования. Кроме того, она ведет учет производственного травматизма, в некоторых случаях согласовывает реорганизацию компаний и разрешает трудовые споры.

Уездный уровень

На уровне уезда деятельностью в сфере общественного здравоохранения руководят уездный врач уездной администрации, уездное отделение Инспекции по охране здоровья и уездное отделение Инспекции по труду. Эти три службы выполняют указания и задачи, поставленные перед ними соответствующими вышестоящими организациями, и обеспечивают соблюдение законодательства в сфере общественного здравоохранения (в частности законов о гигиене труда).

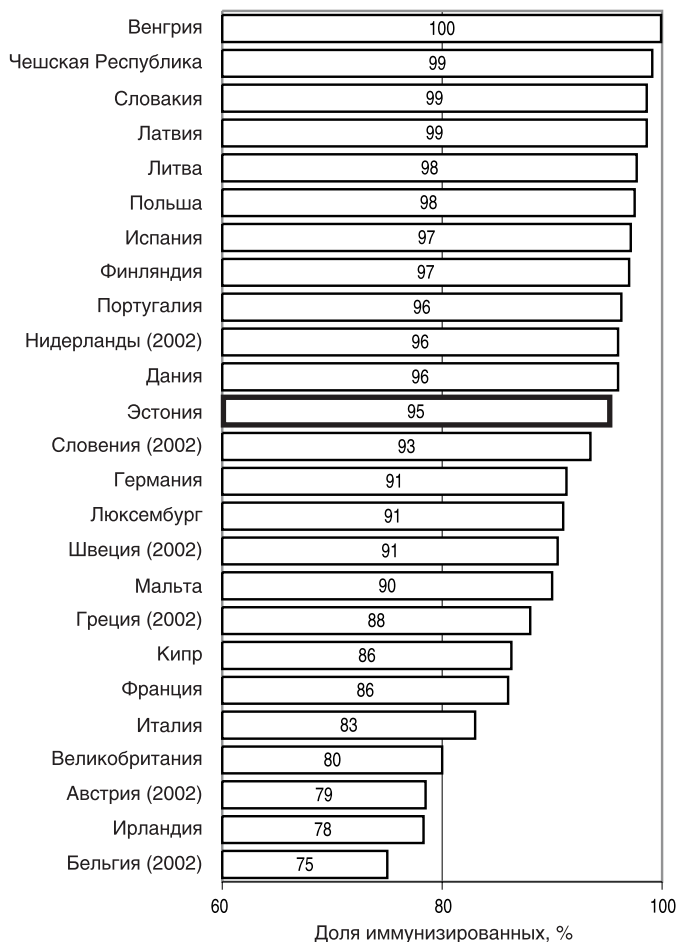
Уездный врач — государственный служащий, нанимаемый на работу старшей уездной администрации, играл важную роль в эстонской системе здравоохранения, отвечая за согласование и координацию деятельности по укреплению здоровья, профилактике и лечению заболеваний. Законом об организации оказания медицинских услуг (1994 г.) и законом о медицинском страховании (1995 г.) уездному врачу переданы следующие функции в области общественного здравоохранения: наблюдение за состоянием здоровья населения (вредные факторы окружающей среды, распространенность инфекцион-

Рисунок 7а. Охват иммунизацией против кори в странах Европейского региона ВОЗ в 2003 г. В отсутствие данных за 2003 г. приведены данные за год, указанный в скобках



Источник: База данных «Здоровье для всех» Европейского регионального бюро ВОЗ, июнь 2004 г.

Рисунок 76. Охват иммунизацией против кори в странах Европейского союза в 2003 г. В отсутствие данных за 2003 г. приведены данные за год, указанный в скобках



Источник: База данных «Здоровье для всех» Европейского регионального бюро ВОЗ, июнь 2004 г.

ных и неинфекционных заболеваний и смертность); выявление потребностей населения в медицинской помощи; организация работы в области гигиены окружающей среды, гигиены труда, профилактики и укрепления здоровья. Однако закон об организации оказания медицинских услуг 2001 г. упразднил должность уездного врача и теперь обязанности администрации уезда, имеющие отношения к здравоохранению, сводятся к назначению семейных врачей (см. выше) и нескольким довольно невнятно определенным обязанностям в сфере общественного здравоохранения.

Эстония

Серьезным недостатком системы общественного здравоохранения является то, что, несмотря на старания наладить сотрудничество по горизонтали между уездными врачами, отделениями инспекции по охране здоровья и инспекции по труду, они остаются звеньями трех отдельных вертикальных структур, без должного информационного обмена, планирования и взаимодействия. Задачей второго этапа реформы общественного здравоохранения является объединение государственных служб укрепления здоровья с хорошо организованной системой охраны здоровья; последняя сохранила много положительных черт старой санитарно-эпидемиологической службы. Обеспечить успех может новый общий закон о здравоохранении, подготовка которого начнется в 2005 г.

Муниципальный уровень

Считается, что управление большей частью деятельности в сфере общественного здравоохранения должно осуществляться на уровне муниципалитетов. Долгие годы этим занимались муниципальные врачи, выполнявшие те же функции, что и уездные врачи, но только на уровне муниципалитета. Муниципальные врачи были государственными служащими, работавшими в муниципалитетах, но нередко занимались по совместительству медицинской практикой. Обязанности муниципальных врачей несколько отличались в зависимости от размеров муниципалитета. В крупных городах они в основном выступали в качестве администраторов и их обязанностями частично пересекались с обязанностями уездных врачей, а в небольших городах они непосредственно оказывали услуги общественного здравоохранения. Однако с 2002 г. закон больше не определяет обязанности муниципальных врачей. По закону, муниципалитеты должны лишь предоставлять помещения и оборудование для медицинского обслуживания школьников. В более крупных городах муниципальные врачи остались и сейчас играют важную роль в организации и развитии общественного здравоохранения. Однако мелкие и бедные муниципалитеты официально не обязаны заниматься общественным здравоохранением, так что в этом отношении остается надеяться на самих граждан, семейных врачей и школьных медицинских сестер.

В советское время и в начале 1990-х годов школьные врачи и медицинские сестры вносили большой вклад в обеспечение высоких уровней охвата иммунизацией и проведение регулярных медицинских осмотров детей. Заработная плата школьных медиков финансируется из бюджета ЭФМС, а помещения и оборудование им предоставляют муниципалитеты. Школьная медицина — одна из тех областей, в которых медицинским сестрам соответствующей квалификации разрешено заниматься частной практикой. В результате реформ школьная медицина оказалась без четкого определения и достаточного финансирования. В школах, расположенных в крупных городах или участвующих в программе ВОЗ «Здоровая школа», школьные медики до сих пор выполняют большую работу, однако в остальных школах их обязанности минимальны. Тем не менее власти, похоже, вспомнили о школьной медицине. В январе 2004 г. ЭФМС вдвое увеличил финансиру-

ние школ, а Министерство социального обеспечения готовится принять к концу года программный документ по школьной медицине.

Другие вопросы общественного здравоохранения

Как отмечалось в разделе «Общие сведения», опубликованное в 2002 г. исследование Всемирного банка обнаружило различия в состоянии здоровья населения в зависимости от социально-экономического статуса, и эта тема активно обсуждалась в средствах массовой информации в 2003 г. Однако, хотя во всех новых государственных программах в области здравоохранения, а также в программном заявлении Министерства социального обеспечения подчеркивается приверженность принципу справедливости, никаких конкретных мер по сокращению этих различий пока не предпринято и не запланировано.

Социальная защита находится в ведении Министерства социального обеспечения и осуществляется муниципалитетами. В последнее время проводится курс на повышение роли и ответственности муниципалитетов в этой области, но мешает недостаток административных возможностей небольших муниципалитетов и необходимость перераспределения налоговых поступлений от государства к муниципалитетам. Раньше лишь крупные города с крепкой доходной базой могли вкладывать средства в социальное жилищное строительство или другую деятельность, непосредственно направленную на сокращение бедности. Однако правительство признало, что пособие прожиточного минимума (выплачиваемое при совокупном доходе на члена семьи ниже определенного уровня) не покрывает минимальной стоимости жизни, и планирует увеличить его в 2005 г. Еще одним важным шагом является введение с января 2004 г. родительского пособия в размере полной заработной платы матери или отца, которое будет выплачиваться до достижения ребенком возраста одного года. Это пособие родители получают после того, как ЭФМС прекратит выплату пособия по материнству (см. раздел «Набор медицинских услуг»). К сожалению, от этого ощутимого увеличения государственных расходов больше выиграют те, кто и так хорошо зарабатывает.

Обеспечением безопасности пищевых продуктов и окружающей среды занимаются другие ведомства, не относящиеся к сектору здравоохранения. Министерство сельского хозяйства (прежде всего отдел ветеринарии и продуктов питания) руководит разработкой всех основных законов и государственных программ, касающихся продуктов питания, включая алкоголь. Безопасность продуктов питания контролируют несколько ведомств: Инспекция по охране здоровья следит за безопасностью продуктов питания в розничной торговле, а Министерство окружающей среды и Экологическая инспекция отвечают за подготовку законодательства по охране окружающей среды, контроль уровней загрязненности природных сред и выполнение государственных программ по охране окружающей среды, включая программы по совершенствованию систем водоснабжения и канализации. В 2002 г. 40% населения пили воду низкого качества, с высоким содержи-

ем железа. Вопросам безопасности продовольствия и гигиены окружающей среды уделяется большое внимание в Европейском законодательстве, и в связи с вступлением в Европейский союз Эстонии пришлось вложить значительные средства в эти области, в ущерб другим, тоже влияющим на здоровье населения.

Немало сил и средств направлено на обеспечение дорожной безопасности. Этими вопросами ведаёт Государственное дорожное агентство при Министерстве экономики и коммуникаций. В начале 2003 г. парламент принял государственную программу безопасности дорожного движения на 2003—2015 гг., в которой поставлена задача в течение 10 лет вдвое снизить число дорожно-транспортных происшествий и добиться сокращения смертности от дорожного травматизма до уровня не более 100 случаев в год. Программа рассчитана на 10 лет при затратах 3,70 евро на душу населения в год; предполагается, что она позволит сохранить 1000 жизней. Она предусматривает мероприятия по повышению информированности населения и культуры поведения на дорогах, а также ужесточение борьбы с такими нарушениями, как пьянство за рулем и превышение скорости.

В законе о табаке (2000 г.) и поправках к нему запрещается курить в общественных местах, в частности на рабочем месте. В начале 2004 г. Эстония присоединилась к Рамочной конвенции по борьбе с табакокурением, принятой Всемирной организацией здравоохранения, и сейчас Министерство социального обеспечения готовит новое законодательство, предусматривающее более жесткое регулирование и полный запрет на рекламу табака.

Первичное медицинское обслуживание

В советскую эпоху первичную медицинскую помощь оказывали поликлиники и медицинские пункты, принадлежавшие муниципалитетам. Работать в поликлинике мог любой выпускник медицинского института, без какой-либо дополнительной подготовки; средняя заработная плата врачей и медицинских сестер первичного звена была ниже, чем у их коллег-специалистов. Педиатры тоже оказывали первичную медицинскую помощь в специальных детских поликлиниках. Больные обычно обращались к специалистам напрямую, минуя первичное звено. Таким образом, недостатками прежней системы первичного медицинского обслуживания были незаинтересованность медиков, слабая преемственность и согласованность первичной и специализированной медицинской помощи.

Реформа первичного медицинского обслуживания в 1990-х годах

Реформа первичного медицинского обслуживания началась в 1991 г. с целью введения семейной медицины. В 1993 г. семейная медицина была признана как специальность и была принята новая трехгодичная программа последипломного обучения по семейной медицине. Кроме того, некоторые

специалисты, уже занятые оказанием амбулаторной помощи, — в основном терапевты и педиатры, работающие в поликлиниках, — прошли переподготовку на семейных врачей. Однако из-за невысокой популярности специальности таких было не много. Подробнее о подготовке кадров см. в разделе «Медицинские кадры».

Новые правила, действующие с 1997 г., предусматривают обязательную регистрацию пациентов у семейных врачей. В 1998 г. изменился юридический статус семейного врача — теперь это независимые врачи, работающие по договору, — и была введена новая смешанная система оплаты их труда, включающая подушную оплату за каждого зарегистрированного пациента, оплату за выполненные услуги по утвержденному перечню, определенную сумму на содержание практики, а также доплаты. Новая система призвана заинтересовать семейных врачей в выполнении функции регулирования доступа к специализированной помощи и обеспечить преемственность и непрерывность медицинского обслуживания.

Необходимость изменения системы первичного медицинского обслуживания была очевидна еще в конце 1980-х годов, до получения Эстонией независимости, тем не менее процесс преобразований прошел не столь гладко, как ожидалось. В большинстве районов реформы не встретили особых препятствий, однако в Таллинне и на северо-востоке страны они шли с трудом. В Таллинне переход к новой системе, наконец, завершился, когда пациенты немногих оставшихся районных педиатров зарегистрировались у семейных врачей. Муниципалитеты северо-восточной части страны не спешили разрешить своим врачам работать самостоятельно, по договору, и до 2002 г. там сохранялись крупные поликлиники, в которых по найму, за оклад, работали участковые врачи, без прикрепления больных.

Медленный поначалу процесс переподготовки врачей по специальности «семейная медицина» ускорился благодаря введению новой системы финансирования семейных врачей (с 1998 г.) и доплатам, которые ЭФМС стал платить дипломированным семейным врачам. К концу 2001 г. в стране было 557 дипломированных семейных врачей, а к 2003 г. семейных врачей было достаточно, чтобы охватить большую часть населения.

Раньше первичную медицинскую помощь оказывали и врачи общей практики, и специалисты. Теперь их функции строго разграничены; задачи врача общей практики получили четкое определение. Первичная и специализированная медицинская помощь регулируются разными правовыми нормами и предоставляются в разных медицинских учреждениях.

Первичная медицинская помощь сегодня

Нормативная база семейной медицины определена в законе об организации оказания медицинских услуг (2002 г.).

При первом контакте с системой здравоохранения пациент получает первичную медицинскую помощь, которую оказывают независимые семейные врачи, работающие по договору с ЭФМС. Они могут работать и без такого договора, но вряд ли им это будет выгодно: больших очередей к семейным

врачам, работающим по договору с ЭФМС, как правило, нет, и больные редко готовы платить за первичную помощь.

У каждого семейного врача есть список прикрепившихся пациентов. Минимальное число пациентов в списке — 1200 человек, максимальное — 2000 (кроме малонаселенных местностей и некоторых островов). В среднем в списке примерно 1600 пациентов. Пациенты могут в любое время поменять семейного врача, если найдут такого, который готов их обслуживать. Судя по результатам опроса, проведенного ЭФМС в 2002 г., в течение трех лет семейных врачей сменили 14% населения. Чаще всего (35% случаев) это связано с переездом в другой район, но в каждом пятом случае пациент был недоволен предыдущим семейным врачом.

Семейные врачи обычно ведут прием в арендуемых помещениях (иногда в бывших поликлиниках), однако некоторые берут ссуды на строительство новых зданий.

К основным услугам, предоставляемым семейными врачами, относятся диагностические процедуры, лечение общих заболеваний, консультирование по вопросам здоровья, укрепление здоровья и профилактика заболеваний. Семейные врачи регулируют доступ к большинству специалистов. Чтобы лечь в больницу (кроме случаев неотложной помощи), тоже необходимо иметь направление от семейного врача. Без направления можно обращаться к окулистам, дерматовенерологам, гинекологам, психиатрам, стоматологам и, в случае травмы, к травматологам и хирургам. Первое время требование наличия направления при обращении к специалистам вызывало недовольство пациентов и врачей-специалистов. Ситуация стала меняться после того, как специалисты пришли к пониманию роли семейного врача и были введены правила, устанавливающие, в каких случаях можно обращаться к специалистам напрямую. Сейчас пациенты должны сами оплачивать визиты к специалистам без направления семейного врача.

Несмотря на то что квалифицированных семейных сестер не хватает, требуется, чтобы у каждого семейного врача была хотя бы одна такая сестра. В законе также оговорены минимальные требования к практике (число прикрепленных пациентов и т. д.), за их выполнением следит Совет по здравоохранению, а в некоторых случаях ЭФМС и уездные управы.

В 2003 г. у каждого семейного врача был договор с ЭФМС и список пациентов. Содержание типового договора согласовано ЭФМС и Эстонским союзом семейных врачей. До начала нового календарного года филиалы ЭФМС заключают с семейными врачами индивидуальные или коллективные договоры. Финансовые условия договоров пересматриваются дважды в год с учетом изменений списка пациентов.

Первичное медицинское обслуживание организовано на основе семейной медицины. Именно этим объясняется выбранный метод финансирования семейных врачей: сочетание фиксированной суммы на содержание практики, ежемесячной подушной платы (за каждого зарегистрированного пациента), ограниченной оплаты за выполненные услуги и доплаты за работу в сельской местности (удаленность от больницы). Такая система финансирования заинтересовывает врача в оказании большего объема диагности-

ческих и медицинских услуг и компенсирует финансовые риски, связанные с обслуживанием пожилых пациентов и работой в удаленных районах. Подробнее о финансировании семейных врачей см. в разделе «Распределение средств».

Доступность и качество первичной медицинской помощи контролируют Министерство социального обеспечения и ЭФМС. Семейный врач должен принимать не менее 20 часов в неделю, а практика должна быть открыта не менее 8 часов в день. В случае острой необходимости пациент должен иметь возможность попасть на прием к семейному врачу в тот же день, в случае хронического заболевания — в течение трех ближайших дней после обращения. ЭФМС ежеквартально проводит телефонные опросы пациентов произвольно выбранной трети семейных врачей в каждом из четырех регионов. Судя по результатам опросов, в 2002 г. все пациенты с острыми состояниями смогли показаться семейному врачу в тот же день, и 97% больных с хроническими заболеваниями ждали приема менее трех дней, причем 27% больных последней группы врач принял в тот же день, 34% — на следующий день, и 39% — на третий день. Время ожидания зависело также от района и размеров практики. В небольших практиках (менее 1200 пациентов) каждый второй больной, обратившийся по поводу хронического заболевания, смог попасть к врачу в день обращения, в крупных практиках (более 2000 пациентов) — лишь каждый пятый. В начале весны и конце осени приема приходилось ждать несколько дольше.

С 1999 г. по поручению ЭФМС проводятся регулярные опросы для выяснения степени удовлетворенности населения медицинским обслуживанием, результаты опросов публикуются на сайте ЭФМС. По данным последнего опроса (ноябрь 2003 г.), 83% таллиннцев и более 90% остальных жителей Эстонии лично знакомы со своим семейным врачом, что свидетельствует о том, что семейные врачи доступны и обеспечивают непрерывность медицинского обслуживания (24). 88% тех, кто обращался к семейным врачам, довольны обслуживанием, и доля таких пациентов выросла на 6% по сравнению с 1999 г. и на 9% по сравнению с 2001 г. Однако многих до сих пор не устраивает система частичного регулирования доступа к специалистам: лишь 41% пациентов предпочитают, чтобы к специалисту их направлял семейный врач, а почти 37% хотят иметь возможность обращаться к специалистам напрямую (правда, число таких пациентов уменьшилось на 6%) и 21% предпочитают выбирать специалиста самостоятельно. Помощь семейных врачей была легко доступна: более 80% больных попадали на прием к врачу в день обращения и лишь 7% ждали приема более пяти дней. По сравнению с 2001—2002 гг. число больных, принятых врачом в день обращения, уменьшилось, но уменьшилось и число пациентов, ожидавших приема более пяти дней.

Специализированное медицинское обслуживание

За последние 10 лет эстонская система специализированного медицинского обслуживания сильно изменилась: высокоспециализированная помощь была снова централизована, а амбулаторная специализированная помощь — децентрализована. В 2002 г. вступил в силу новый закон об организации оказания медицинских услуг. Он регулирует все специализированное медицинское обслуживание (подробнее см. «Организационная структура и управление»), которое подразделяется на два уровня: амбулаторный и стационарный. Каждый производитель специализированных медицинских услуг должен иметь лицензию Совета по здравоохранению. Далее отдельно рассматривается амбулаторная и стационарная специализированная помощь.

Амбулаторная специализированная помощь

Амбулаторную специализированную помощь оказывают поликлиники, медицинские центры, поликлинические отделения больниц и независимо практикующие врачи-специалисты. В 2002 г. в стране было 190 поликлиник и 50 поликлинических отделений при больницах. Некоторые независимые врачи, в первую очередь стоматологи, гинекологи, урологи, окулисты и отоларингологи, занимаются частной практикой, но большинство врачей других специальностей работают в поликлинических отделениях больниц. Все врачи-специалисты могут заключать договоры с ЭФМС, независимо от того, работают они в частном или государственном секторе. Подробнее об оплате труда специалистов см. в разделе «Заработная плата работников здравоохранения».

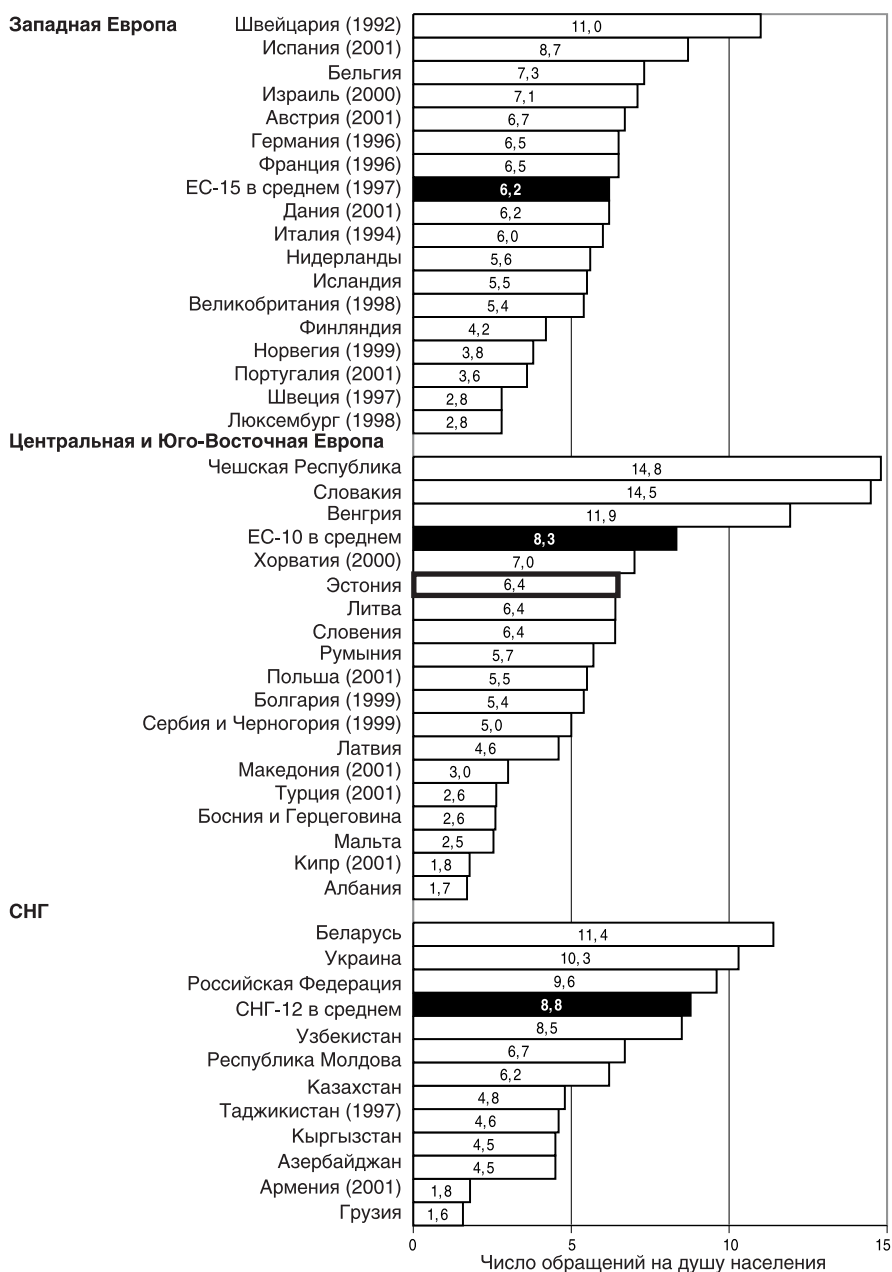
Стационарная помощь

Все больницы преобразованы в акционерные компании и некоммерческие организации и действуют в рамках частного права. Больница обязательно должна иметь лицензию. Лицензии выдает Совет по здравоохранению на основании оценки соответствия главным требованиям, предъявляемым к больницам. Лицензия действительна в течение 5 лет.

Активным лечением занимаются следующие больницы:

- Две региональные больницы (специализированная и высокоспециализированная помощь), каждая из которых обслуживают территорию с населением около 500 000 человек. Одна из них — Клиника Тартуского университета — предоставляет полный набор специализированных медицинских услуг для жителей южной части страны. Север Эстонии обслуживает Таллиннская региональная больница. В ней представлены не все медицинские специальности — так сложилось, что некоторые виды услуг оказывают две центральные городские больницы.

Рисунок 8а. Число обращений за амбулаторной помощью на душу населения в странах Европейского региона ВОЗ в 2002 г. В отсутствие данных за 2002 г. приведены данные за год, указанный в скобках

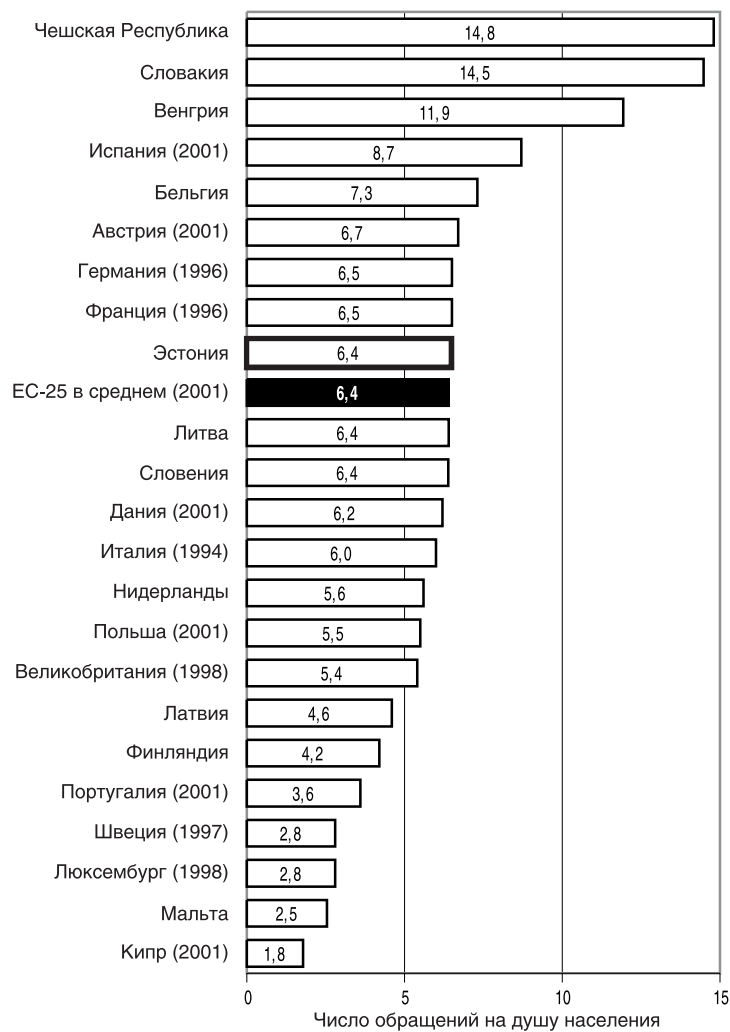


Источник: База данных «Здоровье для всех» Европейского регионального бюро ВОЗ, июнь 2004 г.

Обращения к специалистам включены.

ЕС-10 — страны, вступившие 1 мая 2004 г.; ЕС-15 — члены ЕС до 1 мая 2004 г.

Рисунок 86. Число обращений за амбулаторной помощью на душу населения в странах Европейского союза в 2002 г. (или в году, указанном в скобках)



Источник: База данных «Здоровье для всех» Европейского регионального бюро ВОЗ, июнь 2004 г.
ЕС-25 — все страны ЕС.

- Четыре центральные больницы (некоторые высокоспециализированные услуги, но преимущественно специализированная помощь), каждая из которых обслуживает территорию с населением около 200 000 человек. Две из них находятся в Таллинне, одна — на северо-востоке, и еще одна — на юго-западе страны.

- Почти в каждом из остальных уездов есть своя больница. В зависимости от численности обслуживаемого населения, это либо больница общего профиля с терапевтическим, хирургическим, педиатрическим и акушерско-гинекологическим отделением, либо местная, с одним лишь терапевтическим отделением.

Кроме того, есть несколько узкопрофильных больниц. При планировании больничной сети учитывалась численность обслуживаемого населения, расстояние до больницы и некоторые другие критерии.

Большинство больниц принадлежат муниципалитетам, хотя региональные больницы были учреждены государством. Есть и частные больницы, но они обычно узкой специализации (акушерско-гинекологические, кардиологические). Лишь одна частная больница занимается лечением внутренних болезней и общей хирургией.

Больницы довольно самостоятельны в вопросах ремонта зданий, обновления оборудования, приема на работу, оплаты труда сотрудников, взятия кредитов в банках. Решения принимаются администрацией и контрольным советом больницы. Больницы могут получать доход, сдавая площади в аренду частным предприятиям, например, площади в больничных холлах — банкам и магазинам. Ответственность за нарушение обязательств по платежам регулируется общими положениями коммерческого права и законом о некоммерческих организациях. Некоторые небольшие больницы с трудом расплачиваются за ремонт и медицинское оборудование, но банкротств до сих пор не было, и за этой ситуацией внимательно следит Министерство социального обеспечения.

В 2000 г. по заказу Министерства социального обеспечения была разработана программа развития стационарной помощи до 2015 г. (см. раздел «Планирование, регулирование и управление»). В программе отмечалась избыточность сложившейся системы территориально децентрализованной стационарной помощи. В 1991 г. в Эстонии было 120 больниц, в общей сложности на 18 000 мест. С тех пор коечный фонд резко сократился. К 1995 г. в стране было 83 больницы на 12 000 коек, а к 2001 г. — 67 больниц всего на 9100 коек. В 2002 г. многие больницы были объединены и к началу 2003 г. в стране осталось не более 40 больниц. В программе развития больниц до 2015 г. рекомендовано сократить число больниц до 21 (сюда не входят больницы по уходу), а число коек в них — до уровня 2 на 1000 населения.

Число больничных коек на 1000 населения уменьшилось с 9,62 в 1980 г. до 4,50 в 2002 г. (табл. 16). После введения лицензирования число больниц и больничных коек продолжало уменьшаться, прежде всего за счет того, что многие небольшие больницы, обеспечивавшие в основном длительный уход, утратили статус больниц активного лечения и были превращены в дома сестринского ухода. Подобное перепрофилирование маленьких больниц продолжается и сегодня (см. ниже). Некоторые больницы преобразованы в центры первичной медицинской помощи. В последние годы сокращение коечного фонда больниц происходило в результате их слияния.

Показатели работы больниц постепенно улучшаются (табл. 16). Несмотря на сокращение коечного фонда частота госпитализаций держится на од-

Таблица 16. Показатели работы больниц (без учета стационаров долговременного ухода) в Эстонии в 1980—2002 гг.

Показатель	1980	1985	1990	1992	1994	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002
Число больниц на 1000 населения	9,62	9,74	9,19	7,62	6,46	6,12	6,31	6,25	5,84	5,55	5,14	4,50
Частота госпитализаций на 100 населения	18,5	19,9	17,5	17,1	17,0	17,3	17,7	18,7	19,2	18,7	17,9	17,2
Средняя продолжительность госпитализации, дни		15,0	14,3	13,1	11,4	9,6	9,2	8,8	8,0	7,3	6,9	6,9
Средняя занятость койки, %	84,3	84,3	74,2	74,2	76,6	71,9	71,6	74,6	69,3	66,1	62,3	64,6

Источник: (23).

ном уровне, а средняя продолжительность госпитализации уменьшилась на шесть дней по сравнению с 1992 г. Больницы намерены довести среднюю занятость койки до 80% и сократить среднюю продолжительность госпитализации до 4,5 дней.

Доступность и качество медицинской помощи

Предельные сроки ожидания приема у врача-специалиста и госпитализации были введены в 2001 г. С 2002 г. ответственность за ежегодное установление этих сроков передана совету ЭФМС. В 2002 г. действовали следующие предельные сроки ожидания специализированной помощи: для амбулаторной специализированной помощи — четыре недели (в экстренных случаях одна), для срочной госпитализации — одна неделя, для плановой — шесть месяцев. Некоторых операций приходилось ждать дольше: например, удаления катаракты или эндопротезирования крупных суставов — три года, сложной отоларингологической операции — год, операции на сердце — восемь месяцев.

Медицинские учреждения собирают данные о сроках ожидания услуг по каждой медицинской специальности, но не по процедурам (а с июля 2004 г. требуется указывать также причину ожидания), и ежеквартально передают их в региональные филиалы ЭФМС. Принимаются специальные меры, чтобы помочь тем, кто ждет очереди дольше установленного срока. Например, в конце 2002 г. были выделены дополнительные средства для сокращения слишком больших очередей. Кроме того, региональные филиалы ЭФМС учитывают информацию об очередях при планировании договоров с производителями услуг. За последние два года сроки ожидания не увеличились, и

Таблица 17а. Показатели работы больниц в странах Европейского региона ВОЗ в 2002 г.

Страна	Число больничных коек на 1000 насе- ления	Частота госпитали- заций на 100 насе- ления	Средняя продолжи- тельность госпитали- зации, дни	Средняя занятость койки, %
Западная Европа				
Андорра	2,8	10,1	6,7 ^В	70,0 ^В
Австрия	6,1	28,6	6,0	76,4
Бельгия	5,8 ^А	16,9 ^В	8,0 ^В	79,9 ^Г
Дания	3,4	17,8 ^А	3,8 ^А	83,5 ^В
ЕС-15 в среднем	4,1	18,1 ^В	7,1 ^В	77,9 ^Г
Финляндия	2,3	19,9	4,4	74,0 ^Ж
Франция	4,0	20,4 ^В	5,5 ^В	77,4 ^В
Германия	6,3 ^А	20,5 ^А	9,3 ^А	80,1 ^А
Греция	4,0 ^В	15,2 ^Г	—	—
Исландия	3,7 ^Е	15,3 ^Г	5,7 ^Г	—
Ирландия	3,0	14,1	6,5	84,4
Израиль	2,2	17,6	4,1	94,0
Италия	4,0	15,7 ^А	6,9 ^А	76,0 ^В
Люксембург	5,6	18,4 ^А	7,7 ^Г	74,3 ^В
Монако	15,5 ^Ж	—	—	—
Нидерланды	3,1 ^А	8,8 ^А	7,4 ^А	58,4 ^А
Норвегия	3,1 ^А	16,0 ^А	5,8 ^А	87,2 ^В
Португалия	3,3 ^Г	11,9 ^Г	7,3 ^Г	75,5 ^Г
Испания	3,0 ^А	11,5 ^Г	7,5 ^Г	76,1 ^Г
Швеция	2,3	15,1	6,4	77,5 ^Е
Швейцария	4,0	16,3 ^Г	9,2	84,6
Великобритания	2,4	21,4 ^Е	5,0 ^Е	80,8 ^Г
Центральная и Юго-Восточная Европа				
Албания	2,8	—	—	—
Босния и Герцеговина	3,3 ^Г	7,2 ^Г	9,8 ^Г	62,6 ^В
Болгария	7,6	14,8 ^Е	10,7 ^Е	64,1 ^Е
Хорватия	3,7	13,8	8,7	89,6
Кипр	4,1 ^А	8,1 ^А	5,5 ^А	80,1 ^А
Чешская Республика	6,3	19,7	8,5	72,1
Эстония	4,5	17,2	6,9	64,6
ЕС-10 в среднем	6,0	20,1	7,7	72,6
Венгрия	5,9	22,9	6,9	77,8
Латвия	5,5	18,0	—	—
Литва	6,0	21,7	8,2	73,8
Мальта	3,5	11,0	4,3	83,0
Словакия	6,7	18,1	8,8	66,2
Словения	4,1	15,7	6,6	69,0
Македония	3,4 ^А	8,2 ^А	8,0 ^А	53,7 ^А
Турция	2,1	7,7	5,4	53,7
СНГ				
Армения	3,8	5,9	8,9	31,6 ^А
Азербайджан	7,7	4,7	15,3	25,6
Беларусь	—	—	—	88,7 ^В
СНГ-12 в среднем	8,2	19,7	12,7	85,4
Грузия	3,6	4,4	7,4	82,0 ^В
Казахстан	5,1	15,5	10,9	98,5
Кыргызстан	4,3	12,2	10,3	86,8
Республика Молдова	4,7	13,1	9,7	75,1
Россия	9,5	22,2	13,5	86,1
Таджикистан	5,7	9,1	12,0	55,1
Туркмения	6,0 ^А	12,4	11,1 ^А	72,1 ^А
Украина	7,2	19,2 ^А	12,3	89,2
Узбекистан	—	—	—	84,5

Источник: база данных «Здоровье для всех» Европейского регионального бюро ВОЗ, июнь 2004 г.

^А 2001; ^В 2000; ^Г 1998; ^А 1997; ^Е 1996; ^Ж 1995; ^З 1994;

ЕС-10 — члены ЕС с 1 мая 2004 г.; ЕС-15 члены ЕС до 1 мая 2004 г.

Таблица 176. Показатели работы больниц в странах Европейского союза в 2002 г.

Страна	Число больничных коек на 1000 населения	Частота госпитализаций на 100 населения	Средняя продолжительность госпитализации, дни	Средняя занятость койки, %
Австрия	6,1	28,6	6,0	76,4
Бельгия	5,8 ^а	16,9 ^в	8,0 ^с	79,9 ^г
Кипр	4,1 ^а	8,1 ^а	5,5 ^а	80,1 ^а
Чешская Республика	6,3	19,7	8,5	72,1
Дания	3,4	17,8 ^а	3,8 ^а	83,5 ^б
Эстония	4,5	17,2	6,9	64,6
ЕС-25 в среднем	4,2	18,1 ^а	7,0 ^а	77,1 ^а
Финляндия	2,3	19,9	4,4	74,0 ^ж
Франция	4,0	20,4 ^в	5,5 ^в	77,4 ^в
Германия	6,3 ^а	20,5 ^а	9,3 ^а	80,1 ^а
Греция	4,0 ^б	15,2 ^г	—	—
Венгрия	5,9	22,9	6,9	77,8
Ирландия	3,0	14,1	6,5	84,4
Италия	4,0	15,7 ^а	6,9 ^а	76,0 ^а
Латвия	5,5	18,0	—	—
Литва	6,0	21,7	8,2	73,8
Люксембург	5,6	18,4 ^з	7,7 ^г	74,3 ^з
Мальта	3,5	11,0	4,3	83,0
Нидерланды	3,1 ^а	8,8 ^а	7,4 ^а	58,4 ^а
Португалия	3,3 ^г	11,9 ^г	7,3 ^г	75,5 ^а
Словакия	6,7	18,1	8,8	66,2
Словения	4,1	15,7	6,6	69,0
Испания	3,0 ^д	11,5 ^г	7,5 ^г	76,1 ^а
Швеция	2,3	15,1	6,4	77,5 ^з
Великобритания	2,4	21,4 ^е	5,0 ^е	80,8 ^з

Источник: база данных «Здоровье для всех» Европейского регионального бюро ВОЗ, июнь 2004 г.

^а 2001; ^б 2000; ^в 1999; ^г 1998; ^д 1997; ^е 1996; ^ж 1995; ^з 1994.

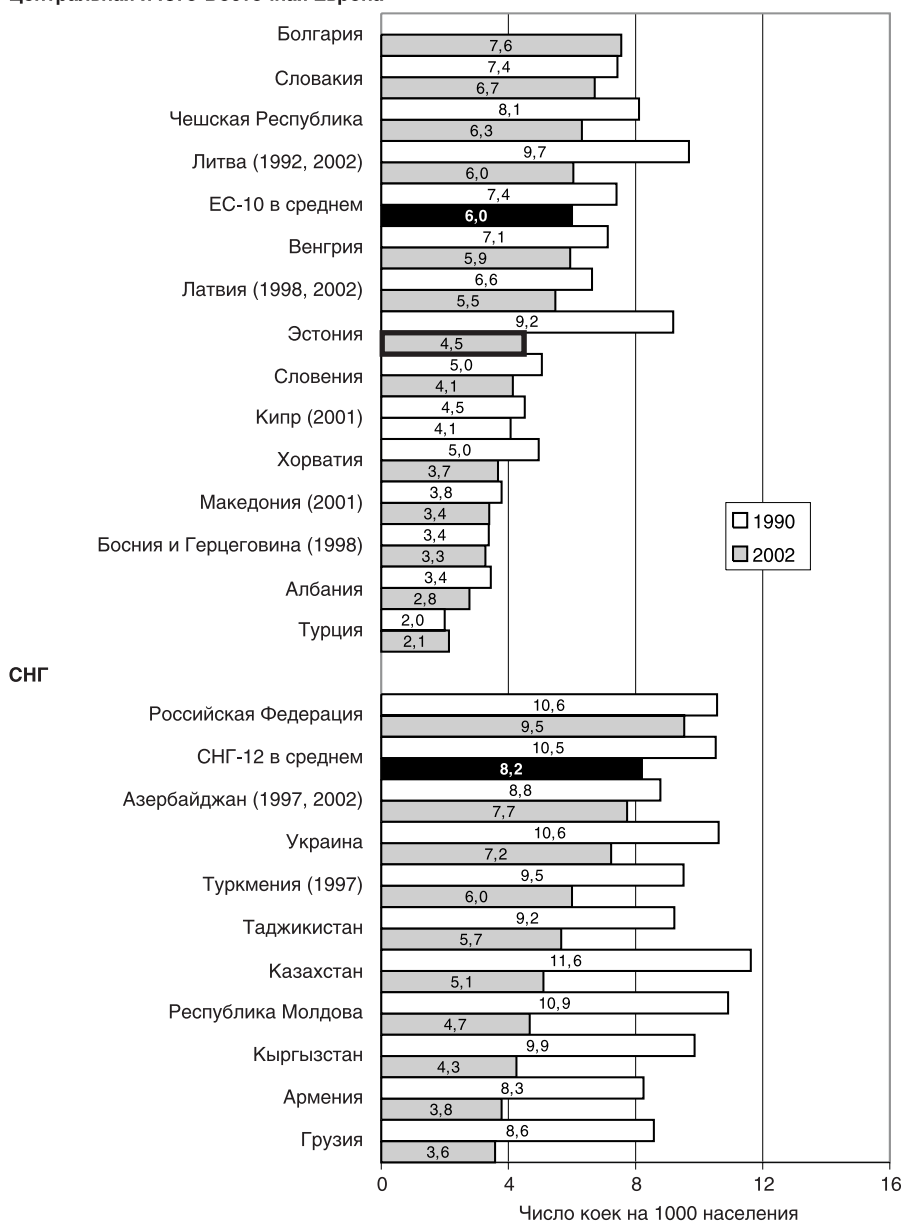
ЕС-25 — все страны ЕС.

в начале 2004 г. контрольный совет ЭФМС решил ограничить срок ожидания амбулаторной помощи тремя неделями.

Судя по имеющимся данным, недостаток финансирования не является главной причиной очередей. Согласно ежеквартальным отчетам медицинских учреждений, в июле 2004 г. 38% очередников ждали приема или процедуры дольше установленных предельных сроков (три недели для приема у

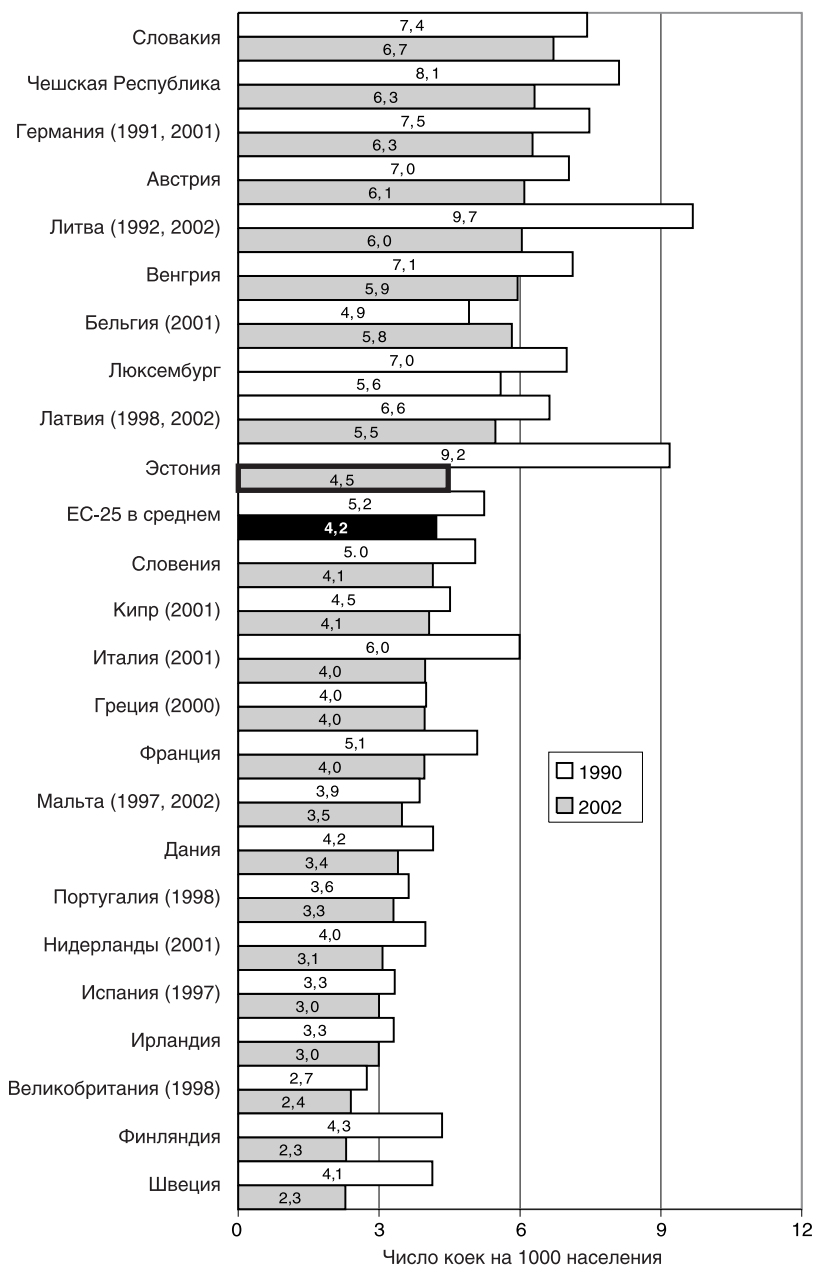
Рисунок 9а. Число больничных коек на 1000 населения в странах Центральной и Юго-Восточной Европы и СНГ, 1990 и 2002 гг. (или год, указанный в скобках)

Центральная и Юго-Восточная Европа



Источник: База данных «Здоровье для всех» Европейского регионального бюро ВОЗ, июнь 2004 г.
ЕС-10 — страны, вступившие в ЕС 1 мая 2004 г.

Рисунок 96. Число больничных коек на 1000 населения в странах Европейского союза, 1990 и 2002 гг. (или год, указанный в скобках)



Источник: База данных «Здоровье для всех» Европейского регионального бюро ВОЗ, июнь 2004 г.
ЕС-25 — все страны ЕС.

специалиста или амбулаторной процедуры и шесть месяцев — для амбулаторной операции или стационарного лечения), при этом лишь 3% задержек было связано с финансовыми ограничениями. В отчете ЭФМС за первое полугодие 2003 г. указано, что из-за недостаточного финансирования слишком долго пришлось ждать амбулаторной помощи 4%, а стационарной помощи — 1% застрахованных. Среди других причин длинных очередей — недостаточная пропускная способность медицинских учреждений, нехватка кадров в период отпусков и праздников, желание больного попасть к определенному врачу или отсрочка плановой операции по желанию пациента (25). Списки очередников на такие вмешательства, как протезирование суставов и удаление катаракты, ведутся централизованно для того, чтобы в первую очередь помочь наиболее нуждающимся. При этом учитывают степень нарушения (зрительной активности или функциональной подвижности сустава), болезненность и трудоспособность, наличие иждивенцев и способность к самообслуживанию. В первую очередь обслуживаются наиболее нуждающиеся. Списки часто обновляются, при этом очередность меняется с учетом потребности в лечении. Такой же порядок планируется ввести для очереди на имплантацию улитки. Хотя регулирование очереди в зависимости от потребности в лечении применяется лишь для некоторых вмешательств, в целом более нуждающиеся, как правило, получают помощь быстрее, что говорит о наличии неявного регулирования на уровне производителей услуг.

Чтобы повысить качество лечения, в конце 1990-х годов были введены клинические руководства. Подготовлено около ста руководств, охватывающих различные направления первичной и специализированной медицинской помощи (кардиология, офтальмология, гинекология, педиатрия). Руководства обычно готовят и рассматривают профессиональные организации, однако нередко остаются разногласия по поводу руководств между организациями более общего характера (например, организациями семейных врачей, медицинских сестер, врачей амбулаторной специализированной помощи) и организациями врачей узких специальностей. Как правило, в руководствах не даются четкие инструкции для повседневной работы, а описывается передовой опыт. ЭФМС поощряет создание руководств и ввел специальную процедуру их утверждения, включающую оценку возможностей финансирования. Эта процедура еще дорабатывается, так что пока таких новейших руководств используется немного. При проведении клинического аудита ЭФМС, в частности, проверяет, как внедряются и применяются клинические руководства.

К концу 2004 г. все больницы должны были ввести систему контроля качества. ЭФМС, совместно с больницами, разработала систему показателей для оценки результатов работы за год, но пока эта система не получила широкого распространения.

Согласно результатам опроса, проведенного в 2003 г. по заказу ЭФМС, лишь 52% населения удовлетворены уровнем доступности медицинской помощи (24). В целом доля населения, удовлетворенного качеством медицинской помощи, снизилась на 9% по сравнению с 2001 г. (с 65 до 56%). В то же

время стационарной помощью были довольны 84%, а амбулаторной специализированной помощью — 91% тех, кто действительно воспользовался этими услугами в течение года. Такая разница во мнениях между населением в целом и фактическими пользователями, возможно, объясняется влиянием средств массовой информации, которые чаще акцентируют внимание на негативных моментах.

В некоторых районах больные больше значения придавали доступности медицинской помощи, чем ее качеству, но жители крупных городов считали доступность и качество одинаково важными. Более 65% тех, кто обращался к врачам-специалистам, жаловались на недостаточную доступность этого вида помощи, хотя лишь 36% ожидали визита более недели.

В 2003 г. 96% населения были удовлетворены стоматологической помощью (для сравнения, в 2002 г. — 92%), при этом, если в 1999 г. 49% хоть раз посетили стоматолога, то в 2003 г. — лишь 32%. К стоматологам чаще обращаются молодые люди (возрастная группа от 25 до 34 лет), а также жители небольших городов. Главная причина редкого обращения за стоматологической помощью — ее дороговизна.

Медико-социальная помощь

Независимая Эстония унаследовала сеть учреждений медико-социальной помощи. Хотя теоретически медицинская и медико-социальная помощь считались отдельными видами помощи, на практике уход за хронически больными нередко обеспечивали дома инвалидов и престарелых, а многих «социальных» пациентов подолгу держали в больницах. Инвалидов с соматическими или психическими заболеваниями фактически изолировали от общества в специальных учреждениях даже в том случае, если они, получая большую помощь, могли жить у себя дома.

В первые годы независимости при перестройке системы здравоохранения был разработан новый подход к оказанию медико-социальной помощи, ориентированный на сокращение и реорганизацию специальных учреждений по уходу за престарелыми и больными с хронической патологией и развитие служб помощи по месту жительства. По закону о социальном обеспечении (1995 г.), задачей социального обеспечения является предоставление социальных пособий лицам или семьям в трудных ситуациях, а также оказание социальной помощи детям, престарелым и специальным категориям лиц с ограниченными возможностями ухода за собой. Закон ввел также денежные пособия для различных социальных групп, в частности для инвалидов и лиц, нуждающихся в помощи в быту, чтобы способствовать развитию социальных услуг. В частности, предусмотрены пособия, выплачиваемые непосредственно нуждающимся в посторонней помощи, чтобы они могли на эти деньги нанимать себе помощников. Однако это не способствовало созданию новых социальных служб, поскольку большинство людей расходуют эти деньги не на оплату помощи, а на свои повседневные нужды.

Существуют разные виды социальной помощи, отличающиеся как по

финансированию, так и по форме оказания. Основной вид — общее обслуживание нуждающихся в социальной помощи. За его оказание отвечают муниципальные органы, а финансирование поступает из государственного бюджета. Как правило, такое обслуживание предоставляется в домах социального ухода, но в некоторых муниципалитетах созданы службы социальной поддержки, например центры дневного ухода за престарелыми, передвижные кухни и другие службы, оказывающие помощь в быту. Помощь лицам с психическими расстройствами или инвалидам входит в обязанности государства, управляется централизованно Министерством социального обеспечения и финансируется из государственного бюджета.

Число учреждений социального ухода для взрослых увеличилось с 82 в 1995 г. до 117 в 2001 г. Число домов-интернатов общего типа выросло с 68 до 97. Местные органы власти открыли несколько небольших учреждений, условия проживания в которых намного лучше, чем в старых, более крупных интернатах. В 1995 г. в домах-интернатах общего типа жили 2400 человек, в 2002 г. — уже 3500. Число людей, живущих в специализированных домах-интернатах уменьшилось с 2635 в 1999 г. до 2457 в 2002 г. В 2001 г. в стране было 35 специальных учреждений для детей (преимущественно сирот), в которых содержалось 1800 детей.

Еще одним важным шагом в области медико-социальной помощи стало создание центров профессионального обучения и помощи в трудоустройстве для инвалидов. Созданы специальные центры реабилитации для нуждающихся в приобретении специальности и консультациях по вопросам трудоустройства (13 центров в 2002 г.), а также новые центры дневного ухода за престарелыми и дементными больными (85 в 2002 г.). Большинство этих учреждений финансируются и управляются местными органами власти.

В 2001 г. на социальные пособия и услуги израсходовано 68 млн евро (1069 эстонских крон, то есть 1,1% ВВП), причем 23% этой суммы — на социальные услуги, остальная часть — на денежные пособия.

Уход за больными

Длительный уход за хроническими больными обеспечивают главным образом небольшие больницы. В медсестринском уходе нуждаются также многие подопечные домов престарелых и инвалидов, однако возможности муниципалитетов по финансированию таких услуг ограничены. Как следствие, нет четкой границы между длительным сестринским уходом и социальным обслуживанием людей, требующих сестринского ухода, что приводит к неудовлетворенным потребностям как в секторе здравоохранения, так и в секторе социального обслуживания. К тому же, ЭФМС приходится оплачивать пребывание в больнице более положенного срока, хотя оно связано с социальными, а не с медицинскими причинами.

В дополнение к программе развития больниц до 2015 г. Министерство социального обеспечения в 2001 г. подготовило общую программу развития сестринского ухода до 2015 г. В ней рекомендовано прежде всего превратить

небольшие больницы (в основном муниципальные) в дома сестринского ухода, а также развивать уход на дому и в дневных центрах.

Потребность в койках в домах сестринского ухода оценивается на уровне 10 коек на 1000 лиц старше 65 лет, в общей сложности 2100 коек. В 2001 г. в стране было 26 небольших больниц, менее чем на 50 коек каждая. На первом этапе планируется превратить в койки сестринского ухода не менее 30% этих коек, но этого недостаточно. Одним из выходов является развитие амбулаторного сестринского ухода. ЭФМС признал, что это необходимо для повышения эффективности использования коек в обычных больницах, и с 2003 г. стала оплачивать уход на дому.

Средства на эти преобразования изыскиваются с трудом, и еще не завершено создание нормативной базы. Тем не менее процесс упорядочивания финансирования сестринского ухода начался, вводится оценка потребностей пожилых людей в медицинской и социальной помощи. ЭФМС начал применять методику оценки потребностей пожилых людей в сестринском уходе, медицинской и социальной помощи, что поможет распределять ресурсы в зависимости от потребностей, а не социального статуса.

Психиатрическая помощь

В советское время психиатрическую помощь, как и медико-социальную, в основном оказывали больницы. Однако за годы независимости произошли важные перемены (табл. 18).

За 1990-е годы число мест в психиатрических больницах сократилось со 155,1 до 74,8 на 100 000 населения, средняя продолжительность госпитализации уменьшилась с 96 до 24 дней, а частота обращений за амбулаторной психиатрической помощью возросла с 36 до 68 на 1000 населения. К 2002 г. последняя цифра увеличилась до 153 обращений на 1000 населения. Это достигнуто без какой-либо государственной программы охраны психического здоровья, а в основном благодаря тому, что ЭФМС снизил ставку оп-

Таблица 18. Развитие психиатрической помощи в 1975—2000 гг.

	1975	1985	1990	1995	2000
Число койко-мест в психиатрических больницах	1955	2340	2450	1150	1033
Число амбулаторных посещений	48764	63798	56669	69227	94228
Число первичных психозов	535	336	191	478	506
Доля случаев стационарного лечения, %	38	35	33	29	27
Средняя продолжительность госпитализации	96	88	79	78	24
Число ставок психиатров	122	170	192	160	171
Число психиатров в амбулаторных службах	48	58	67	54	79
Число принудительных госпитализаций	—	—	—	224 ^a	484

Источники: (26,27).

^a 1997.

латы за койко-день и сократил объемы закупаемой стационарной помощи (см. раздел «Финансирование амбулаторной специализированной помощи и стационарного лечения»). В то же время врачи-специалисты постарались привести свои практики в соответствие с современными требованиями.

В последние годы темпы сокращения коек в психиатрических больницах замедлились, поскольку амбулаторная сеть пока не может предложить достойной замены. Например, в перечне льготных лекарств есть только один современный нейролептик, и то лишь с 2001 г. Правда, в 2004 г. ожидается появление новых лекарств. Назревает вопрос нехватки кадров. Уже сейчас психиатров (174 в 2002 г.) и психиатрических медицинских сестер (113 в 2002 г.) недостаточно, а низкая заработная плата медиков в Эстонии на фоне растущего спроса на них в других странах Европейского союза не вселяет оптимизма.

В законе о психиатрической помощи (1997 г.) определены порядок и условия ее оказания и принудительного лечения. Закон распространяется на все случаи оказания психиатрической помощи и выстроен на принципах защиты прав психически больных, принятых Организацией Объединенных Наций в 1991 г. Хотя представительские организации пациентов заявили, что Эстония отстает от западноевропейских стран в области защиты прав психически больных, эти заявления, как правило, проистекают от недостаточной осведомленности и плохого обмена информацией между различными профессиональными группами (в частности, судебским корпусом) и пациентами и их представителями. Психиатрические службы распределены по территории страны крайне неравномерно, с большим перекосом в пользу крупных городов и в ущерб районам с преимущественно русскоязычным населением.

В 2003 г. правительство утвердило программный документ по охране психического здоровья (28). Этот документ — результат большой работы, проделанной негосударственными организациями; в течение года над ним работали почти 1000 человек. Специалисты и представители пациентов готовили проект документа и обсуждали его в списке рассылки, что оказалось продуктивно и экономично. Однако, если первое время государство поддерживало усилия по решению вопросов охраны психического здоровья, то после парламентских выборов планировавшееся вначале государственное финансирование этой работы исчезло из списка первоочередных задач нового правительства. Министерство социального обеспечения готовит сейчас государственную программу, но каких-либо специальных ассигнований на эти цели в ней не предусматривается.

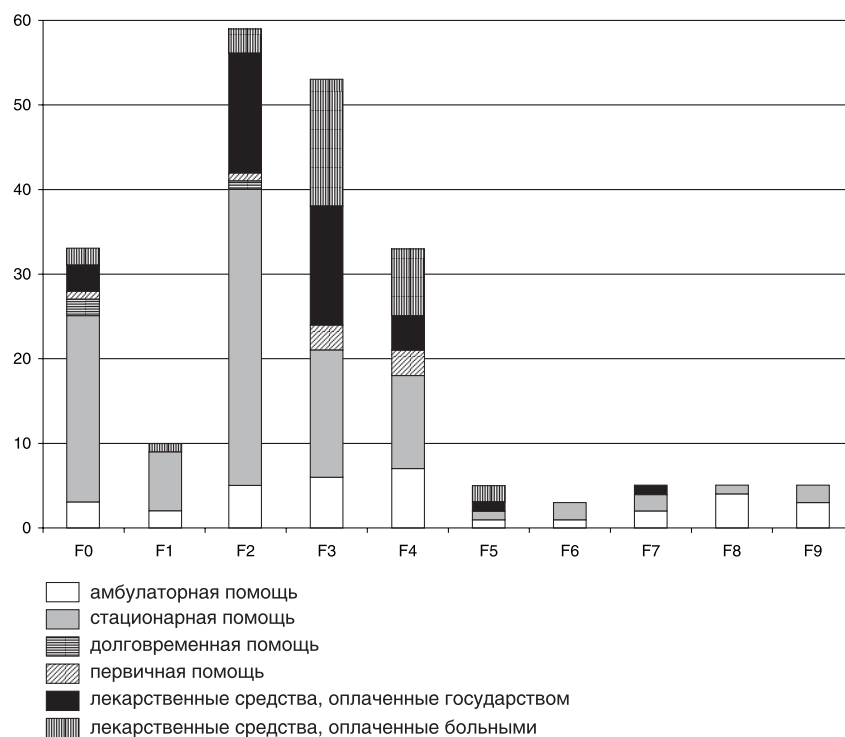
По последним данным, на долю психиатрической помощи приходится 4% (7,73 млн евро) всех расходов на медицинскую помощь, возмещаемых ЭФМС (29). Четверть этих средств расходуется на амбулаторное лечение, причем больше всего на лечение невротических, связанных со стрессом и соматоформных расстройств (рубрика F4 по МКБ-10, рис. 10). На долю этой группы заболеваний приходится около четверти всех затрат на амбулаторное лечение, затем следует лечение аффективных расстройств (F3) и шизофрении, шизотипической психопатии и бредовых расстройств (F2). При

стационарном лечении больше всего расходов приходится на группу F2 (41%), затем следует F3 (17%) и F1 (15%). Важную роль в лечении тревожных расстройств и расстройств настроения играют семейные врачи: по их рецептам отпускается 47% антидепрессантов, при этом на их долю приходится всего лишь 7,4% общих расходов на психиатрическую помощь. Сектор долговременного ухода за больными сейчас развивается, в 2002 г. на его долю приходилось около 2% общих затрат на психиатрическую помощь, такова же и его доля в общем бюджете здравоохранения.

На психотропные препараты приходится 4% расходов ЭФМС на лекарства. Большая часть этих препаратов предназначена для лечения шизофрении, шизотипических и бредовых расстройств, а также аффективных расстройств настроения. Однако несмотря на заметное увеличение скидок на психотропные препараты, больным приходится оплачивать из своего кармана 48% стоимости льготных психотропных средств, для нейролептиков эта цифра увеличивается до 62%. Таким образом, доступность медикаментозного лечения во многом зависит от платежеспособности пациента.

В системе психиатрической помощи, финансируемой ЭФМС, отдается

Рисунок 10. Структура расходов на психиатрическую помощь по классам МКБ-10, 2002 г.



Источник: (29).

предпочтение биомедицинскому подходу, а психотерапевтические услуги можно получить лишь частным образом, платно. То же относится к лечению от наркотической и алкогольной зависимости. Все услуги, кроме неотложного детоксикационного лечения, должны оплачиваться больными. В связи с распространением наркомании государство попыталось организовать финансирование лечения из внешних источников, но денег хватило лишь на несколько коек. Муниципальных служб лечения наркомании нет.

На рис. 10 показано распределение общих расходов на психиатрическую помощь по различным диагностическим группам.

Стоматологическая помощь

Подавляющее большинство стоматологов работают в частном секторе. В государственном секторе всего несколько стоматологов; они работают в Клинике Тартуского университета и муниципальных стоматологических поликлиниках Таллинна. В 1990-е годы стоматологи активно открывали частные практики и уходили из государственных учреждений. Существуют значительные территориальные различия в уровне обеспеченности населения стоматологической помощью. В 2000 г. на одного стоматолога приходилось в среднем 1100 населения, а на северо-востоке страны — 3030.

В Эстонии нет общенациональной программы развития стоматологической помощи. В 2000 г. стоматологи разработали план развития стоматологической помощи, аналогичный планам, подготовленным представителями других специальностей (см. раздел «Планирование, регулирование и управление»). В плане содержится оценка потребностей в этом виде услуг, а также в стоматологах до 2015 г.

Обеспечением качества занимаются профессиональные организации, в основном это сводится к переподготовке кадров. В 2003 г. ЭФМС провел медицинский аудит стоматологических учреждений и сравнил расходы на стоматологическое лечение детей и подростков на основании записей в медицинских картах (30). Аудиторская проверка показала в целом удовлетворительное качество детской стоматологической помощи.

Медицинские кадры

Медицинские кадры и их подготовка

В эстонской системе здравоохранения кадровым планированием долгое время пренебрегали, и теперь вопросы регулирования численности и профессиональной подготовки медиков стоят очень остро. В первые годы независимости старались сэкономить прежде всего на ремонте и содержании зданий и заработной плате сотрудников, что не могло не сказаться на отношении медиков к делу. В последнее время кадровый вопрос стал особенно актуальным в связи с перспективой свободного передвижения медиков в пределах Европейского союза.

В начале 1990-х годов, на первом этапе реформ здравоохранения считалось, что в стране избыток врачей, особенно некоторых специальностей. В то же время не хватало (и не хватает) среднего медицинского персонала, а врачи-специалисты были неравномерно распределены по стране. С 1991 по 2000 гг. численность врачей уменьшилась на 24%, с 5500 до 4190, а численность медицинских сестер — на 14%, с 9900 до 8500 (31). Хотя падение численности врачей и медицинских сестер продолжилось после 1998 г., уровень обеспеченности медицинскими кадрами (на 1000 населения) оставался приблизительно одинаковым, так как численность населения тоже сокращалась (табл. 19). Учитывая нынешний возрастной состав врачей, к 2010 г. ожидается сокращение их численности еще на 12%, или на 500 врачей (32). С 1990 г. стоматологов стало на 40% больше, а численность фармацевтов существенно не изменилась.

В Эстонии врачей готовит только медицинский факультет Тартуского университета. Он отвечает за базовое высшее медицинское образование (медицина, фармацевтика и стоматология), последипломную специализацию и подготовку на уровне магистратуры и докторантуры (во всех областях, включая сестринское дело и общественное здравоохранение). Три школы медицинских сестер (в Таллинне, Тарту и Нарве) считаются учреждениями высшего профессионального образования, обеспечивающими базовую (*рхһһрр*) и специальную (*тасетхрр*) подготовку медицинских сестер и акушерок. Кроме того, они готовят специалистов по охране здоровья и других специалистов низшего и среднего звена.

Число бюджетных мест в базовом отделении и ординатуре устанавливает Министерство образования на основании заявок медицинского факультета, согласованных с Министерством социального обеспечения и профессиональными организациями. Тартускому университету и медицинскому факультету разрешено также дополнительно принимать студентов на платное обучение. При освобождении бюджетных мест эти студенты имеют право перейти на бесплатное обучение. Тартуский университет воспользовался возможностью и принял на платное обучение 10 % общего числа набранных студентов и, кроме того, примерно 20 студентов (20%) из-за рубежа (прежде всего из Финляндии). Установленное правительством общее число мест подготовки специалистов Тартуский университет распределяет по специальностям с учетом мнения профессиональных организаций.

Таблица 19. Обеспеченность медицинскими кадрами в Эстонии (на 1000 населения) в 1970—2002 гг.

	1970	1980	1990	1995	1996	1997	1998	2000	2002
Врачи	2,37	2,93	3,50	3,09	3,03	2,99	2,97	3,22	3,09
Стоматологи	0,33	0,40	0,48	0,58	0,63	0,66	0,68	0,74	0,79
Медицинские сестры	4,22	4,40	5,58	6,52	6,29	6,30	6,25	6,34	6,40
Акушерки	0,48	0,48	0,62	0,46	0,44	0,39	0,37	—	—
Фармацевты	0,44	0,48	0,59	0,49	0,49	0,52	0,53	—	—

Источники: (23,31).

Пока еще нет долгосрочного государственного плана по развитию трудовых ресурсов для здравоохранения, где бы отражались потребности страны в различных медицинских специалистах, однако уже выполнен ряд подготовительных исследований и еще несколько выполняются.

Врачи

С 1997 г. подготовка врачей осуществляется с учетом минимальных требований, установленных в Европейском союзе, а программы обучения в 2002 г. были аттестованы и утверждены Европейской комиссией. Базовая подготовка занимает шесть лет, включая шестимесячную клиническую практику. Успешно сдав выпускные экзамены, студент получает диплом врача и может работать врачом общего профиля, но лишь под наблюдением специалиста, а не как независимый производитель медицинских услуг.

В конце 2001 г. в Эстонии было 33 официальных медицинских и 2 официальных стоматологических специальности (раньше было всего 42 специальности). Семейная медицина как специальность была признана в 1993 г. Чтобы стать специалистом, надо закончить ординатуру, что занимает от трех до пяти лет. В рамках реформы здравоохранения, в частности, предусматривалась разработка учебного плана и учебной программы ординатуры для каждой специальности. Совет по здравоохранению ведет национальный реестр врачей. При регистрации врача, получившего квалификацию до 2001 г. или за рубежом, в реестр вносится наиболее близкая к его квалификации официальная специальность. Узкая специализация разрешается после получения врачом одной из основных специальностей. Однако официального деления на узкие специализации нет, и такая специализация не регулируется и не финансируется государством.

Все ординатуры находятся в ведении медицинского факультета Тартуского университета. В советское время и вплоть до 2002 г. качество профессиональной подготовки гарантировалось с помощью системы обязательной аттестации врачей по трем категориям. Каждая категория давала врачу право на определенный уровень заработной платы, а впоследствии — на занятие частной практикой. Комиссии специалистов при Министерстве социального обеспечения разработали аттестационные критерии для каждой категории и специальности, в том числе требования, касающиеся непрерывного образования. Профессиональные организации отвечали за переаттестацию каждого врача раз в пять лет.

В 2002 г. этот порядок отменили в соответствии с директивами Европейского союза, но вопреки мнению многих профессиональных организаций. Сегодня непрерывное профессиональное образование не регулируется, хотя Министерство социального обеспечения и профессиональные организации пытаются создать соответствующую систему добровольной профессиональной переподготовки и экспертного текущего контроля и управления качеством профессиональной подготовки. Это оказалось труднее, чем ожидалось, профессиональные организации существенно отличаются по своим возможностям — некоторые из них, например ассоциации пульмонологов и

нефрологов, очень малы. Каждая профессиональная ассоциация напрямую ведет переговоры с Министерством социального обеспечения. К тому же, судя по всему, Эстонская ассоциация врачей, представляющая интересы отдельных врачей и действующая скорее как профсоюз, не горит желанием взять на себя роль главной профессиональной организации. С этой точки зрения медицинские сестры и стоматологи находятся в более выгодном положении — их системы повышения квалификации управляются лучше.

Курсы повышения квалификации специалистов в основном организуются при факультетах и кафедрах Тартуского университета. Но здесь возникают две проблемы. Во-первых, из-за нехватки специалистов высшей научной квалификации заняты лишь 22 из 45 профессорских должностей. С трудом удастся привлечь клиницистов — они предпочитают работать в больнице, а не в университете. Во-вторых, такой дефицит людей, имеющих соответствующую квалификацию и опыт, приводит иногда к тому, что один и тот же человек заведует медицинской частью больницы, отвечает за научную работу факультета и вообще за развитие своей специальности в Эстонии. Очевидно, что очень трудно одинаково хорошо выполнять эти разные функции и находить правильный компромисс в случае конфликта интересов.

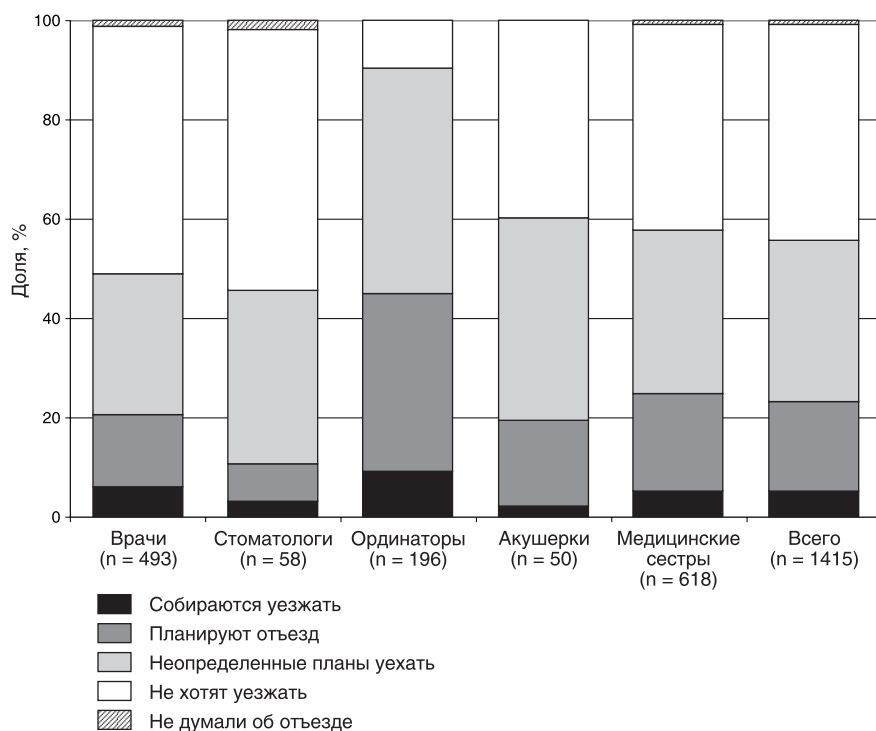
С 1991 по 2000 г. численность врачей уменьшилась на 24% (31). Правда, поскольку параллельно сокращалось и население, уровень обеспеченности врачами почти не изменился (чуть больше 3 на 1000 населения). Врачей стало меньше по нескольким причинам. Во-первых, за первое десятилетие независимости численность населения уменьшилась на 7%, главным образом за счет возвращения неэстонцев в бывшие республики Советского Союза. Во-вторых, многие выпускники медицинского факультета и молодые врачи ушли из медицины на более хорошо оплачиваемые должности в новых сферах деятельности, связанных со здравоохранением (управление здравоохранением, фармацевтические компании), а иногда и в другие сектора, не имеющие отношения к здравоохранению. В начале и середине 1990-х годов менее 40% выпускников устраивались на работу по специальности. В-третьих, официальные меры по сокращению приема на медицинский факультет пользовались широкой поддержкой самих медиков, поскольку считалось, что врачей слишком много. Если в 1980-х годах на медицинский факультет ежегодно принимали 200 человек, то к 1995 г. Министерство образования сократило прием до 70 человек. В последние три года прием снова увеличился до 100 человек в год.

Министерство социального обеспечения считает соотношение 3 врача на 1000 населения оптимальным на следующие 10—15 лет и планирует оставить 100—110 бюджетных мест для приема на первый курс и 90—100 — в ординатору. Эти планы, однако, не учитывают сокращения числа врачей вследствие ухода на пенсию и отъезда на работу за границу.

С учетом нынешнего возрастного состава врачей, к 2010 г. их численность может уменьшиться на 12% (примерно на 500 врачей) (32). Средний возраст врачей — $47,2 \pm 11,5$ лет (стоматологов — $44,7 \pm 12,9$ лет). 41% врачей и 35% стоматологов — в возрасте от 50 лет и более, 34,7% врачей и 28,5% стоматологов — от 50 до 64 лет, а 6,3% врачей и 6,8% стоматологов — более 65.

Чтобы спрогнозировать движение медицинских кадров внутри Европейского союза, в конце 2003 г. был проведен репрезентативный опрос среди эстонских врачей, ординаторов, студентов последнего курса, стоматологов, медицинских сестер и акушерок о том, собираются ли они работать за границей и, если да, то почему. Как оказалось, более половины (56%) эстонских медиков хотели бы работать за границей постоянно или временно и примерно 5% (700—800 медицинских работников) твердо намерены уехать (рис. 11). Последняя цифра, по мнению исследователей, отражает наиболее вероятный уровень эмиграции медицинских кадров из Эстонии в ближайшие годы. Однако то, что половина медиков хочет работать за границей, является тревожным симптомом. Активное привлечение эстонских медиков в Скандинавские страны (в первую очередь в соседнюю Финляндию, где и язык похожий), с предоставлением необходимой информации, оплатой расходов на переезд и изучение языка, может привести к значительному оттоку медицинских кадров из Эстонии. Поскольку многие молодые врачи владеют английским, они охотно готовы работать в Великобритании и Ирландии. Главной причиной своего желания работать за рубежом медики на-

Рисунок 11. Распределение медицинских работников по желанию работать за рубежом, 2003 г.



Источник: (33).

звали более высокую заработную плату, а молодые также считали важным приобрести опыт работы в других странах.

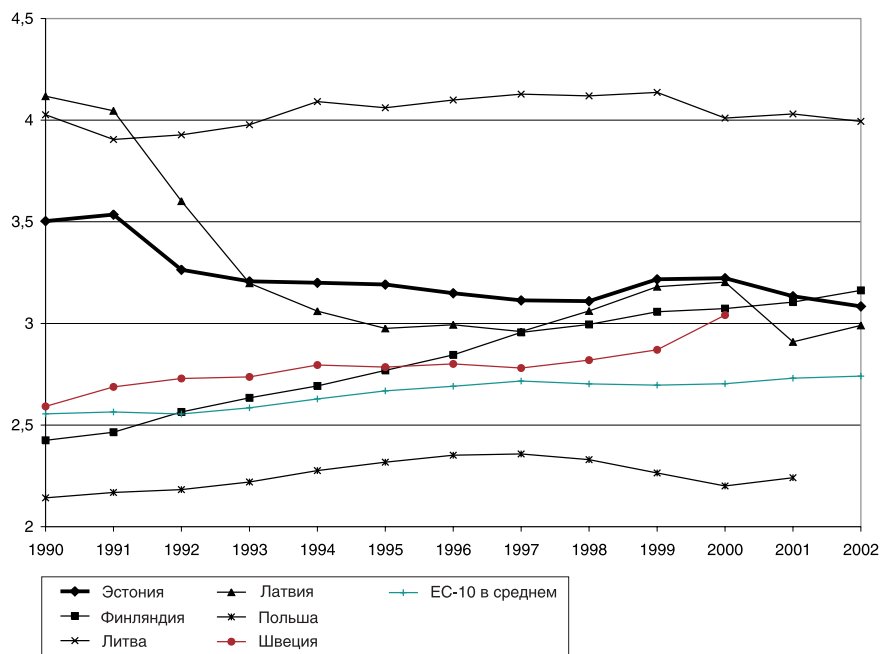
В последние годы произошли значительные изменения в распределении врачей по специальностям и уровням медицинского обслуживания. Впервые, вот-вот завершится реформа первичной медицинской помощи. Краеугольным камнем этой реформы было введение семейной медицины и подготовка семейных врачей. В 1991 г. началась переподготовка врачей по семейной медицине, в 1993 г. эта специальность была признана официально, а в 1995 г. открылась профильная ординатура. Почти половина врачей на курсах переподготовки прежде работали врачами общего профиля в сельских медицинских пунктах, большинство остальных — терапевтами и педиатрами в поликлиниках.

По данным, представленным уездными старейшинами, всего в стране 807 списков пациентов семейных врачей. К сентябрю 2003 г. в Эстонии было 868 дипломированных семейных врачей, 34 из которых окончили соответствующую ординатуру, а 834 — двухгодичные курсы переподготовки. Сейчас в ординатуре по семейной медицине учатся 54 врача. В 2004 г. 15 из них закончат учебу, а 25 новых — начнут. К концу 2003 г. — на год раньше, чем планировалось, — на каждый список пациентов был заключен договор с семейным врачом. Главная причина уменьшения числа педиатров и терапевтов в первичном звене состоит в том, что именно они в первую очередь переучивались на семейных врачей.

Сейчас квалифицированных семейных врачей уже больше, чем рабочих мест для них. По оценкам Союза семейных врачей, у двух третей из 34 выпускников ординатуры есть свои списки пациентов и договоры с ЭФМС. А значит, каждый третий из этих молодых врачей, получивших высшую профессиональную подготовку по семейной медицине, работает помощником врача, заключившего договор с ЭФМС на обслуживание списка пациентов. Нынешний норматив — один врач на список пациентов — означает, что молодые специалисты по семейной медицине могут быть вынуждены 15—20 лет работать помощниками, прежде чем у них появится собственные списки пациентов. Интересно, что, по некоторым оценкам, необходимо еще 100 семейных врачей для подмены уже работающих на время отпусков и прохождения переподготовки, хотя официально считается, что семейных врачей больше не требуется. Быстро возросшая популярность семейной медицины может растаять и часть молодых врачей может уехать в Финляндию и Швецию, где такие специалисты весьма востребованы.

В 1997 и 1998 гг. проводились опросы врачей, переобучившихся по программе семейной медицины. Врачей спрашивали об условиях труда и удовлетворенности работой. Опросы показали гораздо большую заинтересованность семейных врачей по сравнению с районными (врачами общего профиля, работавших в поликлиниках с советских времен и не прошедших последиplomной специализации), прежде всего из-за большей ответственности и независимости, более высокой заработной платы, лучших условий труда и большей удовлетворенности работой (34). Более 50% пациентов были почти полностью удовлетворены услугами семейных врачей, причем уро-

Рисунок 12. Число врачей на 1000 населения в Эстонии и некоторых европейских странах в 1990—2002 гг.



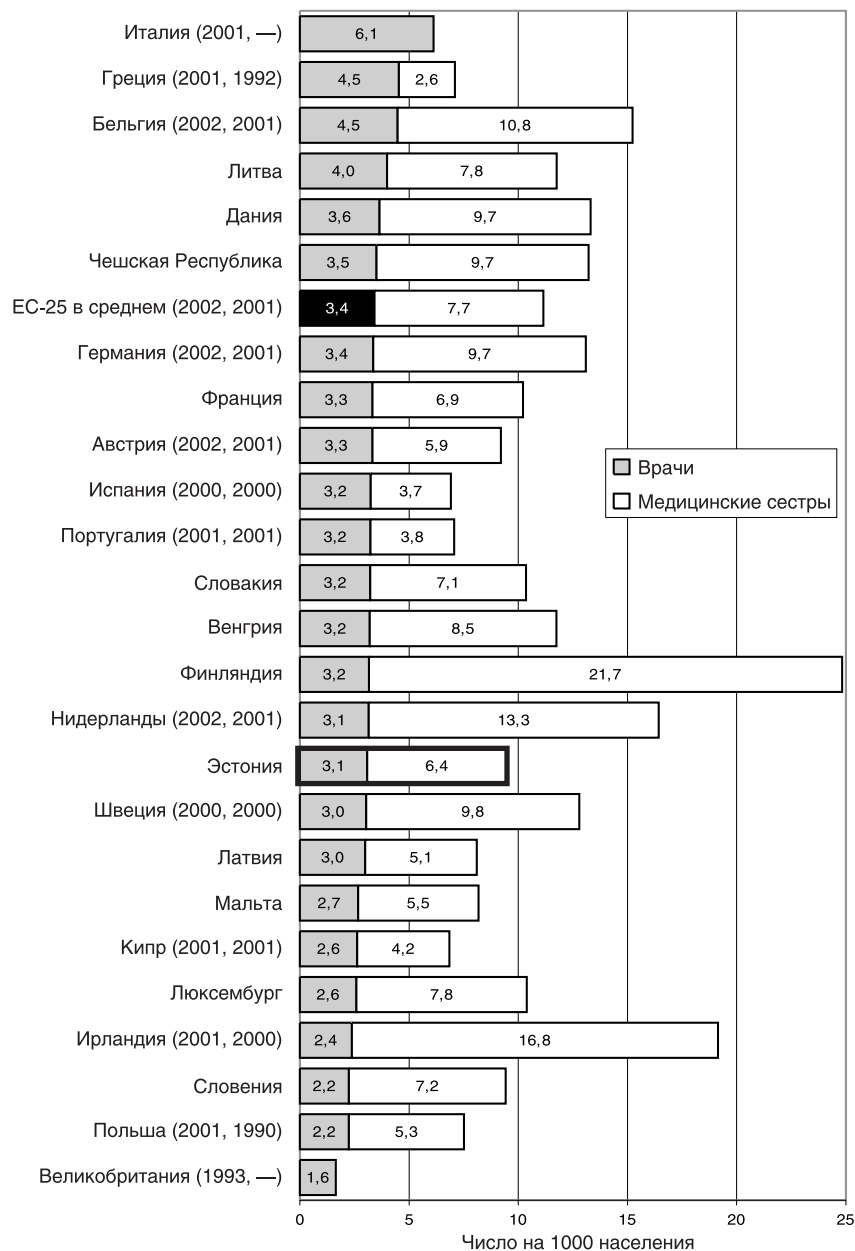
Источник: (21).

вень удовлетворенности был выше там, где реформа проводилась более осторожно, а пациенты были лучше информированы и имели возможность выбрать семейного врача (35, 36).

Вторая важная переменная в структуре медицинских кадров связана с тем, что если раньше врачи-специалисты, обслуживали амбулаторных больных только в амбулаторных учреждениях, то теперь эту помощь оказывают как в амбулаторных условиях, так и в стационарах (больницах и амбулаторных отделениях больниц). С 1996 по 2002 гг. доля врачей, работающих в больницах, выросла с 41 до 50% (с 1800 до 2100 врачей). Это было связано с реорганизацией таллинских больниц, к которым присоединили поликлиники, так что все сотрудники стали считаться работниками больниц.

Реформы больничного сектора, похоже, сильно повлияют на будущую ситуацию с медицинскими кадрами. Сегодня, когда идет масштабное перераспределение кадров в больничном секторе, врачи оказались в выигрышном положении. Однако в будущем, когда останется всего 13 больниц, врачи уже не смогут диктовать условия больничной администрации. Уже сегодня более трети больничных врачей и 44% всех врачей, оказывающих стационарную медицинскую помощь, работают в двух крупнейших больницах страны — Клинике Тартуского университета и Североэстонской региональной больнице.

Рисунок 13. Число врачей и медицинских сестер на 1000 населения в Европейском союзе в 2002 г. (или в году, указанном в скобках)



Источник: База данных «Здоровье для всех» Европейского регионального бюро ВОЗ, июнь 2004 г. ЕС-25 — все страны ЕС.

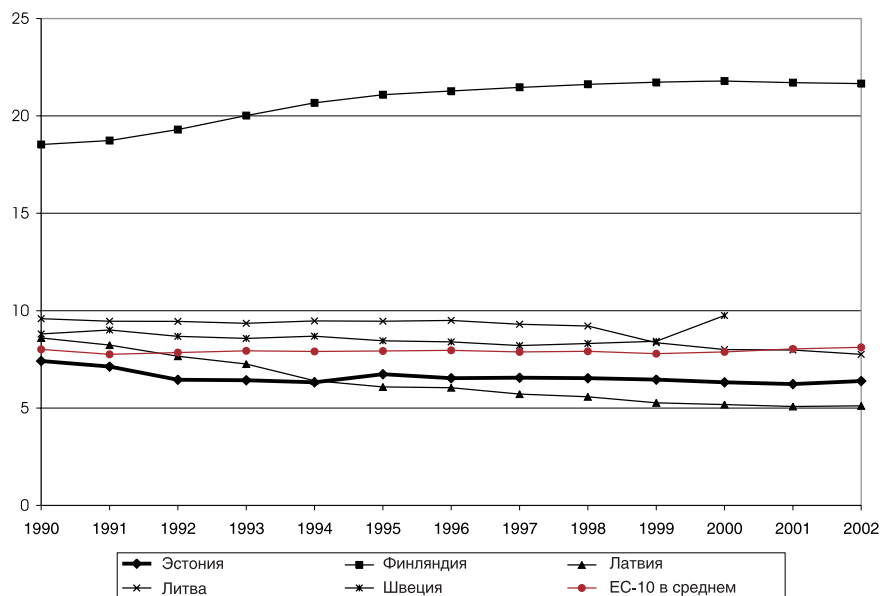
Медицинские сестры

В 1990 г. в Эстонии было 9900 медицинских сестер, к 1994 г. их число сократилось до 8500. В 1998 г. общая численность среднего медицинского персонала, включая акушерок и фельдшеров, составляла 10 400 человек. В нынешней системе здравоохранения нет должности фельдшера и такие специалисты приравниваются к медицинским сестрам. Острее всего ощущается нехватка медсестер-специалистов, в частности хирургических. Причинами дефицита являются низкие заработки и профессиональный статус, высокая напряженность труда и неудовлетворенность работой.

На одного врача приходится две квалифицированные медицинские сестры. 57% медицинских сестер работают в больницах. Такое соотношение численности медицинских сестер и врачей осталось с советских времен и за годы независимости не изменилось. Нынешний показатель (2:1) считается очень низким и стоит задача поднять его до уровня 4:1.

Профессиональные организации медицинских сестер работали над стандартизацией различных сестринских специальностей. В 2003 г. Министерство образования сделало важный шаг, утвердив предложенные ими стандарты. Эти стандарты и перечни служебных обязанностей аналогичны действующим в других странах Европейского союза, что делает возможным свободное передвижение медицинских сестер в пределах Европейского союза.

Рисунок 14. Число медицинских сестер на 1000 населения в Эстонии и некоторых странах Европы, 1990—2002 гг.



Источник: (21).

Эстония

Школы медицинских сестер реорганизованы в соответствии с требованиями к учреждениям высшего профессионального образования, а программы обучения переработаны в соответствии с требованиями к программам обучения на степень бакалавра. Эстонские школы медицинских сестер готовят также акушеров, оптометристов, фармацевтов, специалистов по охране здоровья, рентген-лаборантов, физиотерапевтов, зубных техников и техников-лаборантов (среднее специальное образование), а также медицинских сестер по уходу. Обучение обычно занимает три с половиной года (акушеров готовят четыре с половиной года) и проводится на эстонском и русском языках.

Министерство социального обеспечения признает, что обостряющаяся нехватка медицинских сестер ставит под угрозу продолжение реформ больничного сектора, предусматривающих, в частности, развитие медсестринского ухода. В 2004 г. оно предложило Министерству образования средства на подготовку 500 медицинских сестер общего профиля, 200 медсестер-специалистов и 40 акушеров. Это предложение продиктовано стремлением обеспечить к 2015 г. подготовку 7000 новых медицинских сестер для того, чтобы достичь запланированного показателя — 10 медицинских сестер на 1000 населения. Необходимость подготовки такого числа медицинских сестер связана с тем, что сегодня 28% медицинских сестер 50 лет и более.

Таким образом, государство готово финансировать увеличение выпуска медицинских сестер, однако дело упирается в ограниченные возможности учебных заведений, в основном из-за отсутствия необходимого числа преподавателей. В 1991 г. на медицинском факультете Тартуского университета открылась магистратура по медсестринскому делу для медицинских сестер с опытом работы. К 1998 г. было выпущено 52 таких специалиста. В 2004 г. планируется набрать еще 40 слушателей магистратуры. Ожидается, что ее выпускники пополнят ряды преподавателей, готовящих медицинских сестер, в том числе узкой специализации.

Принимаются меры для повышения статуса медицинских сестер: расширяется круг их обязанностей, вводится система непрерывного образования. В новом законе об организации оказания медицинских услуг четко определен статус медсестринской помощи наравне с первичной, специализированной и неотложной помощью. В больницах медсестринское дело все больше воспринимается врачами и больными как самостоятельная профессия.

Другие кадровые вопросы

В эстонских больницах наметилась тенденция к разделению чисто административного руководства от руководства медицинским обслуживанием: теперь в больнице есть не только главный врач, но и директор. Поскольку в системе здравоохранения не было квалифицированных управленцев, были приняты соответствующие меры, и довольно успешно, по выправлению ситуации. Наиболее удачный пример — центр повышения квалификации при Национальном институте развития здравоохранения (бывший Центр здоровья населения и обучения социальной работе), где с 2002 г. проводятся

100-часовые курсы подготовки руководителей здравоохранения среднего звена.

Однако в Эстонии мало возможностей для подготовки руководителей высшего звена. Чтобы получить образование на уровне магистра или PhD (соответствует кандидату наук), необходимо окончить двухгодичную магистратуру или аспирантуру в области общественного здравоохранения в Тартуском университете. К сожалению, их студенты часто устраиваются на работу руководителями среднего уровня, не успев закончить учебу. Очень немногие получили последипломную степень в иностранных университетах, и большинство таких специалистов работает в государственном секторе. Одной из причин того, что у высших руководителей здравоохранения нет соответствующего последипломного образования, может быть политизированный подход к подбору кадров.

В советскую эпоху в Эстонии не готовили специалистов в области общественного здравоохранения. С 2002 г. школы медицинских сестер предлагают обучение по специальности охрана здоровья (диплом среднего уровня), а Тартуский университет — сокращенные двухгодичные прикладные программы обучения на степень магистра здравоохранения (МРН) со специализацией в области охраны здоровья. Магистерские программы предназначены для специалистов с опытом работы и могут восполнить недостаток кадров с современным уровнем квалификации в области общественного здравоохранения. Международное сотрудничество тоже помогает повышать квалификацию эстонских специалистов в области общественного здравоохранения и управления здравоохранением. С 1998 по 2003 гг. в рамках проекта «Балтийское кольцо партнерства в области общественного здравоохранения» (BRIMHEALTH), осуществлявшегося под руководством Скандинавской школы общественного здравоохранения (Швеция), проведено несколько краткосрочных курсов по современному общественному здравоохранению в странах Балтии, Швеции и России. С эстонской стороны было не менее 40 слушателей, но к моменту завершения проекта в 2003 г. лишь один из них получил степень магистра здравоохранения. В 2003 г. стартовала программа «Балтийская сеть школ общественного здравоохранения». Секретариат программы находится в Эстонии, первые курсы начали работать в 2004 г.

Лекарственные средства

Реформа фармацевтического сектора была проведена в 1990-х годах. Ее целями были создание органов государственного регулирования лекарственного обращения, принятие необходимых законов, установление порядка возмещения расходов на лекарственные средства и приватизация аптек. Эти цели были достигнуты. На фармацевтическом рынке продаются лекарства подтвержденного качества, безопасности и эффективности; доступность лекарств обеспечивается с помощью системы льгот на рецептурные препа-

раты. Эстонский фармацевтический сектор очень похож на фармацевтические секторы других стран Европейского союза.

Регулирование

Законодательство, касающееся государственного контроля качества, безопасности и эффективности лекарственных средств, а также контроля за деятельностью в сфере производства и обращения лекарственных средств, разработано на основе закона о лекарственных средствах (1995 г.) и многочисленных разъясняющих постановлений правительства и министерства. Законодательство о медицинских и ветеринарных препаратах приведено в соответствие с директивами Европейского союза.

Государственное агентство по лекарственным средствам несет полную ответственность за контроль всех видов деятельности в сфере производства и обращения медицинских и ветеринарных препаратов. С 2000 г. в его компетенцию входят также изделия медицинского назначения. Лицензирует все виды фармацевтической деятельности (производство, оптовая и розничная торговля, импорт и экспорт лекарств, аптечные службы больниц) Лицензионный совет при Министерстве социального обеспечения. Государственное агентство по лекарственным средствам проводит проверки аптек, контролирует соблюдение производителями фармацевтической продукции международных правил производства лекарственных средств (GMP). Кроме того, агентство выдает разрешения на продажу лекарств, если они соответствуют требованиям к качеству, безопасности и эффективности, разрешение на проведение клинических испытаний, регулирует рекламу и меры по стимулированию сбыта фармацевтической продукции, отвечает за фармацевтический надзор.

Рыночная статистика

Бюро фармацевтической статистики Государственного агентства по лекарственным средствам собирает данные по объемам оптовых и розничных продаж. Эти данные обрабатывают по принятой ВОЗ методике АТС/DDD (Анатомо-терапевтическая классификационная система с установленными суточными дозами) для статистических исследований в области потребления лекарственных средств. С годовыми сводными отчетами о потреблении лекарств (в установленных суточных дозах на 1000 населения в сутки) можно ознакомиться на сайте агентства.

В таблицах 20—23 приведены основные статистические данные по фармацевтическому рынку. Доля местной продукции составляет около 7% рыночной стоимости всех лекарств. В 2002 г. в Эстонии было восемь лицензированных компаний-производителей лекарств (преимущественно непатентованных). Все эстонские компании, занятые производством и оптовой торговлей лекарственными средствами, частные. Лицензии на оптовую торговлю лекарствами есть у 38 предприятий, но 90% объема продаж приходится на 6 крупнейших из них (табл. 21). У этих оптовиков прекрасные склад-

Таблица 20. Оборот оптовой торговли лекарственными средствами в 1999—2003 гг.

Оборот в оптовых ценах	1999	2000	Прирост	2001	Прирост	2002	Прирост	2003	Прирост
Миллионы крон	888	1126		1296		1473		1595	
Миллионы евро	56,7	71,9	+26,8%	82,8	+15,1%	94,1	+13,7%	101,9	+8,28%

Источник: (37).

Таблица 21. Удельный вес шести крупнейших оптовых компаний на рынке лекарственных препаратов в 2000—2003 гг., %

Оптовая компания	2000	2001	2002	2003
Magnum Medical AS	38,0	43,3	48,0	48,0
Tamro Eesti AS	33,0	31,8	30,9	30,0
TopMed AS	7,9	7,1	4,7	4,4
Oriola AS	4,5	3,6	3,4	5,0
Pharmac MS AS	3,9	3,8	3,2	3,2
Armila Eesti Ou	3,6	2,9	2,5	3,1

Источник: (37).

Таблица 22. Оборот оптовой торговли десяти крупнейших фармацевтических компаний в 2002—2003 гг., тысячи крон

Производитель	2002	2003
Astra	74 392	97 403
Glaxo Wellcome	73 882	83 756
Nycomed	72 719	82 081
MSD	88 239	70 153
Roche	50 125	66 480
BMS	53 824	56 889
Aventis	— ^a	56 020
Berlin Chemie	48 618	55 843
Pfizer	69 939	50 580
Pharmacia & Upjohn	46 176	49 576

Источник: (37).

^a Образована в 2002 г.

ские помещения, компьютеризированные системы логистики и налаженная сеть сбыта.

Розничная продажа лекарственных средств разрешена только в аптеках. В 2003 г. в Эстонии было 310 самостоятельных аптек и 158 филиалов. За последние пять лет общее число аптек не изменилось: в крупных городах аптек стало больше, зато закрылись некоторые сельские аптеки. В последнее время появились сети розничных аптек. Одна из таких сетей тесно связана с

Таблица 23. Розничные продажи фармацевтической продукции в 1997—2001 гг., миллионы крон

Препараты	1997	При- рост	1998	При- рост	1999	При- рост	2000	При- рост	2001	При- рост
Для человека										
Миллионы евро	39		52		61		73		86	
Миллионы крон	628	+36%	817	+30%	954	+17%	1147	+20%	1345	+17%
Рецептурные	391	+48%	515	+32%	615	+19%	762	+24%	950	+25%
Льготные	310	+61%	427	+38%	527	+23%	649	+23%	912	+41%
Выплаты ЭФМС	230	+61%	316	+37%	366	+16%	438	+20%	621	+42%
Доплаты населения	80	+63%	111	+39%	161	+45%	211	+31%	291	+38%
Безрецептурные	237	+20%	302	+27%	339	+12%	385	+14%	395	+3%
Ветеринарные	5	0%	6	+20%	5	-17%	6	+20%	7	+17%
Всего	633	+36%	823	+30%	958	+16%	1153	+20%	1352	+17%

Источник: (37).

крупнейшей оптовой компанией и включает около 40% всех аптек. По закону, оптовым компаниям запрещено напрямую владеть аптеками, поэтому они идут на всякие ухищрения, оформляя собственность через подставные фирмы. 29 больничных аптек поставляют лекарства только в больницы и не имеют право продавать лекарства населению.

В денежном выражении объемы продаж лекарственных средств увеличи-

Таблица 24. Оптовые и розничные наценки на лекарственные средства в 2002 г.

Вид наценки	Цена одной упаковки		Максималь- ная нацен- ка, %	Фиксированная наценка	
	Кроны	Евро		Кроны	Евро
Оптовая	< 24,00	< 1,59	20	0,0	0,00
	25,01–45,00	1,60–2,80	15	0,0	0,00
	45,01–100,00	2,81–6,30	10	0,0	0,00
	100,01–200,00	6,31–12,80	5	0,0	0,00
	> 200,00	> 12,80	3	0,0	0,00
Розничная	< 9,99	< 0,62	0	6,0	0,38
	10,01–20,00	0,64–1,27	40	6,0	0,38
	20,01–30,00	1,28–1,91	35	0,0	0,00
	30,01–40,00	1,92–2,55	30	0,0	0,00
	40,01–50,00	2,56–3,19	25	0,0	0,00
	50,01–100,00	3,20–6,30	20	0,0	0,00
	100,01–700,00	6,31–44,70	15	0,0	0,00
	> 700,00	> 44,70	0	80,0	5,10

Источник: (37).

лись за несколько последних лет на 15—20%. В 2001 г. потребление лекарственных средств на душу населения (включая рецептурные, безрецептурные и больничные лекарственные препараты) составило 70,30 евро (1100 эстонских крон). В объемном выражении (число доз на душу населения) потребление рецептурных средств в Эстонии в 2001 г. составило порядка 25—30% потребления в Скандинавских странах.

Производители сами устанавливают отпускные цены на лекарства, не входящие в льготный перечень. Оптовые и розничные цены назначаются по методу «издержки плюс фиксированная прибыль» с использованием регрессивной шкалы наценок и с учетом фиксированных максимальных наценок как для льготных, так и для нелюбимых фармацевтических препаратов (табл. 24).

Возмещение и расходы

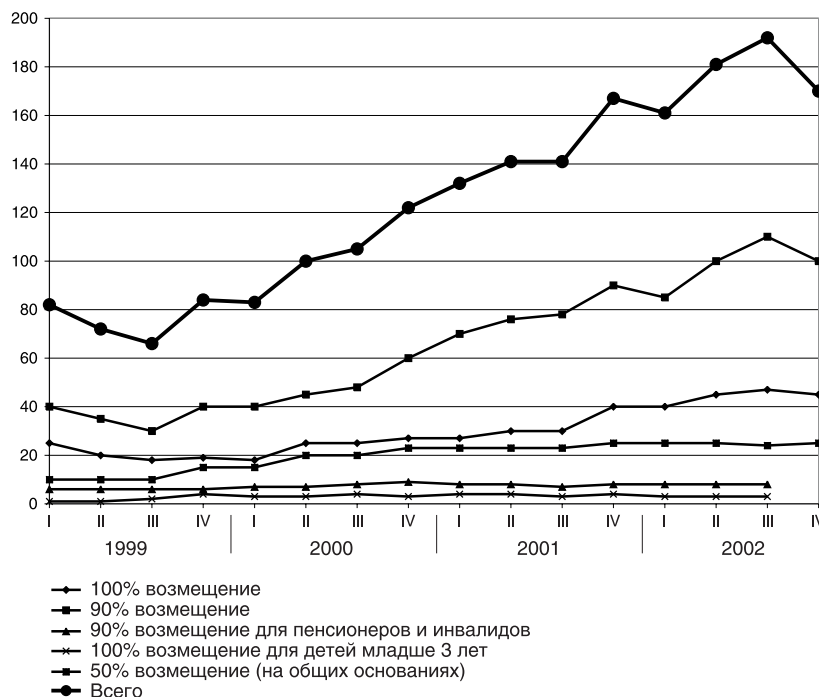
С 2002 г. производители лекарств, подавая заявку на компенсацию стоимости их продукции ЭФМС, должны прилагать фармако-экономический анализ и информацию по медицинскому применению. Анализ выполняется по общим для стран Балтии правилам, их можно найти (на английском языке) на сайте ЭФМС. Заявка вместе с клиническими и фармако-экономическими данными подается в Министерство социального обеспечения. Медицинскую информацию изучает Государственное агентство по лекарственным средствам, а экономическую — ЭФМС. Каждая из этих структур представляет письменный доклад в ведомственную комиссию, которая готовит для министра рекомендации, касающиеся компенсации. После того как ко-

Таблица 25. Доля расходов на лекарства в общих расходах ЭФМС на медицинские услуги и совокупном годовом доходе в 1992—2004 гг.

Год	Доля в расходах на медицинские услуги, %	Доля в совокупном годовом доходе, %
1992	2	1
1993	8	5
1994	10	6
1995	8	5
1996	8	6
1997	12	8
1998	14	10
1999	13	10
2000	17	11
2001	24	15
2002	26	15
2003	19	12
2004	19	13

Источники: (30, 38).

Рисунок 15. Ежеквартальные расходы ЭФМС на лекарственные средства (миллионы эстонских крон), 1999—2002 гг.



Источники: (30, 38).

миссия даст положительное заключение, производитель договаривается о цене с отделом Министерства, ответственным за политику в области лекарственных средств.

Для непатентованного препарата устанавливается базовая цена единицы дозы, рассчитываемая как среднее арифметическое цен второго и третьего по дешевизне лекарств-аналогов; с января 2005 г. — цена второго по дешевизне препарата. Если фактическая цена на препарат выше базовой, компенсация (75%, 90%, 100%) все равно рассчитывается, исходя из базовой цены. В порядке исключения базовая цена может не назначаться, если препарат выпускается в новой, более эффективной форме, например, с постепенным, а не с немедленным высвобождением.

Информация о лекарствах и рациональное применение

Информация о лекарствах, предназначенная для врачей и пациентов, проверяется Государственным агентством по лекарственным средствам в процессе регистрации лекарственных препаратов, а краткие характеристики препаратов (SmPC) публикуются в ежегодном каталоге «Pharmaca Estica» и

на сайте агентства. Реклама лекарственных средств должна соответствовать утвержденным SmPC.

В 1995 г. вышло первое издание национального фармакологического справочника для врачей, аналогичного Британскому национальному фармакологическому справочнику. Этот справочник помогает врачам в выборе по-настоящему эффективных препаратов с высоким отношением выгоды к затратам. Государственное агентство по лекарственным средствам распространяет выходящий раз в два месяца информационный бюллетень о лекарственных компаниях «Ravimiinfo Bülletään». Бюллетень издается независимо от фармацевтических компаний; он составляется специалистами медицинского факультета Тартуского университета и содержит некоммерческие обзоры и сравнения существующих способов лечения, а также критический анализ новых лекарственных средств.

В последние годы разработано и внедрено несколько практических руководств для семейных врачей и для специалистов. Тем не менее очевидна необходимость продолжать работу в этом направлении. Таким образом, до сих пор государственная политика в отношении применения лекарств и нового медицинского оборудования сводилась к информированию и рекомендациям.

Предложенный недавно законопроект, обязывающий аптеки заменять фирменные препараты непатентованными аналогами, встретил сопротивление и в конце концов был отвергнут и врачами, и фармацевтами: первые опасались лишиться свободы принятия решения, а вторые боялись дополнительной ответственности. С октября 2004 г. действует смягченный вариант: врачи должны, как правило, выписывать рецепт на активное вещество, но могут также выписать и фирменный препарат, указав причину в медицинской карте пациента.

Возможные перемены в будущем

Система государственного регулирования производства и обращения лекарственных средств сформировалась и вряд ли будет существенно меняться. В сфере распространения лекарств происходит рост аптечных сетей, тесно связанных с оптовыми компаниями. Такая ситуация не приветствуется ни фармацевтами, ни пациентами, и сейчас готовятся законодательные предложения по ограничению развития аптечных сетей. Первые результаты реформы системы возмещения расходов на лекарства довольно противоречивы: рост этих расходов замедлился, но и продано рецептурных лекарств меньше. Когда станут ясны более отдаленные последствия, можно будет усовершенствовать систему, например, ввести базовые цены на отдельные группы лекарственных средств со сходным терапевтическим эффектом, сделать обязательной замену фирменных препаратов на непатентованные, чтобы защитить пациентов от экономических последствий мощной рекламы фирменной продукции.

Оценка медицинских технологий

Систематической оценки медицинских технологий в Эстонии нет. К главным направлениям деятельности в этой области относятся оценка новых услуг, включаемых в льготный перечень, оценка потребностей в дорогостоящем оборудовании, а также в обеспечение безопасности медицинского оборудования.

В феврале 1995 г. был создан Комитет по медицинским технологиям. Он должен был согласовывать закупки дорогостоящего оборудования и консультировать по вопросам закупок и использования такого оборудования. В комитет входили представители Министерства социального обеспечения, Центрального фонда медицинского страхования (предшественник ЭФМС), Эстонского союза врачей и Союза больниц. Чтобы медицинское оборудование, стоящее дороже определенной суммы, было оплачено из средств медицинского страхования, его покупку следовало согласовать с комитетом. Однако в действительности оборудование закупалось и без согласования. Комитет не мог запретить ЭФМС оплатить оборудование.

В 1999 г. в Государственном агентстве по лекарственным средствам был создан отдел медицинских изделий. Однако он не занимается оценкой услуг и внедрением нормативов, касающихся медицинских изделий, а лишь регистрирует изделия и оценивает соответствие требованиям. Таким образом, этот отдел скорее обеспечивает контроль за качеством медицинских изделий, а не участвует в оценке медицинских технологий.

В 2001 г. Комитет по медицинским технологиям был реорганизован, и теперь в него входят представители медицинских специальностей, Министерства социального обеспечения, ЭФМС и отдела медицинских изделий Государственного агентства по лекарственным средствам. Комитет отвечает за регулирование в области медицинских технологий и закупок дорогостоящего оборудования. При рассмотрении заявок на закупку оборудования принимается в расчет потребность в таком оборудовании, число нуждающихся в нем больных, а также критерии оптимальности и надежности.

В условиях обостряющейся конкуренции у медицинских учреждений появляются мощные стимулы к внедрению дорогостоящей техники без оценки экономичности. Борьба с этим можно, в частности, ограничивая общую стоимость и объем услуг в договоре между страховщиком и медицинским учреждением. Однако муниципалитеты тоже могут финансировать закупку некоторого оборудования, что подчас приводит к избыточной оснащенности. Необходимо разработать четкую государственную политику в отношении сложного медицинского оборудования и общенациональный план по его рациональному использованию. Предлагается составить список оборудования, закупки которого будут планироваться на государственном уровне с участием Комитета по медицинским технологиям, и тем самым перейти от ограничения затрат к конкретному перечню оборудования, оплачиваемого государством.

В конце 2002 г. изменились правила включения новых процедур, методов лечения и т. д. в набор услуг, покрываемых ЭФМС, подробнее см. в разделе

«Набор медицинских услуг». Однако остро не хватает квалифицированных кадров и научно-исследовательских учреждений, специализирующихся на оценке технологий. Использование соответствующего зарубежного опыта тоже требует значительных усилий со стороны эстонских ученых и государственных служащих. Необходимо разработать методики переноса зарубежного опыта и применения доказательных исследований.

Распределение средств

Бюджет здравоохранения и распределение средств

Основная часть средств — около 70% всех расходов на здравоохранение — поступает из ЭФМС. Из государственного бюджета финансируется 8% расходов, в основном через Министерство социального обеспечения.

Главная перемена, произошедшая в последние годы, касается распределения бюджета ЭФМС. До 2001 г. ее бюджет принимался парламентом одновременно с государственным бюджетом здравоохранения. Для обеспечения маневренности в использовании средств, парламент утверждал лишь глобальный бюджет, которым ЭФМС распоряжался по своему усмотрению. В 2001 г. ЭФМС получил самостоятельность, и теперь его бюджет принимает совет ЭФМС, куда входят представители государственных структур, работодателей и работников. Процесс принятия бюджета стал намного более обстоятельным и открытым; к бюджету теперь прилагаются 40-страничные примечания (раньше приложение к государственному бюджету здравоохранения занимало не больше трех страниц).

Бюджет ЭФМС формируется из доходов от части социального налога, предназначенной на здравоохранение. Налоговое агентство собирает налог и передает в ЭФМС. Структура бюджета ЭФМС показана в табл. 26. Часть средств выделяется на покрытие обязательств фонда, таких как оплата лекарств для амбулаторного лечения, больничных листов и пособий по материнству. Распределение оставшихся средств оставлено на усмотрение ЭФМС. С 1998 по 2002 г. ассигнования на первичную медицинскую помощь росли быстрее, чем на специализированную (включая стационарное обслуживание).

Четыре региональных филиала ЭФМС финансируются подушно, в зависимости от числа застрахованных в каждом регионе. Бюджеты филиалов утверждает правление ЭФМС. Подушные ассигнования на первичную помощь корректируются с учетом региональных различий в возрастной структуре населения. Дважды, в 1994 и 1998 гг., обсуждались возможности применения коэффициентов для учета других факторов риска, но в обоих случаях

Таблица 26. Структура расходов ЭФМС в 2003 г.

Вид расходов	Тысячи евро	Доля бюджета, %
Медицинская помощь	233234	64,13
Специализированная помощь	178620	49,12
Первичная медицинская помощь	29060	7,99
Стоматологическая помощь	14902	4,10
Долговременный уход	4795	1,32
Восстановительное лечение	2946	0,81
Профилактика	2911	0,80
Денежные выплаты по больничному листу	59050	16,24
Лекарственные средства	43783	12,04
Обязательный резервный фонд	19897	5,47
Административные расходы	5536	1,52
Изделия медицинского назначения	1193	0,33
Укрепление здоровья	882	0,24
Неотложная помощь за границей (по двусторонним договорам)	91	0,03
Всего	363666	100,00

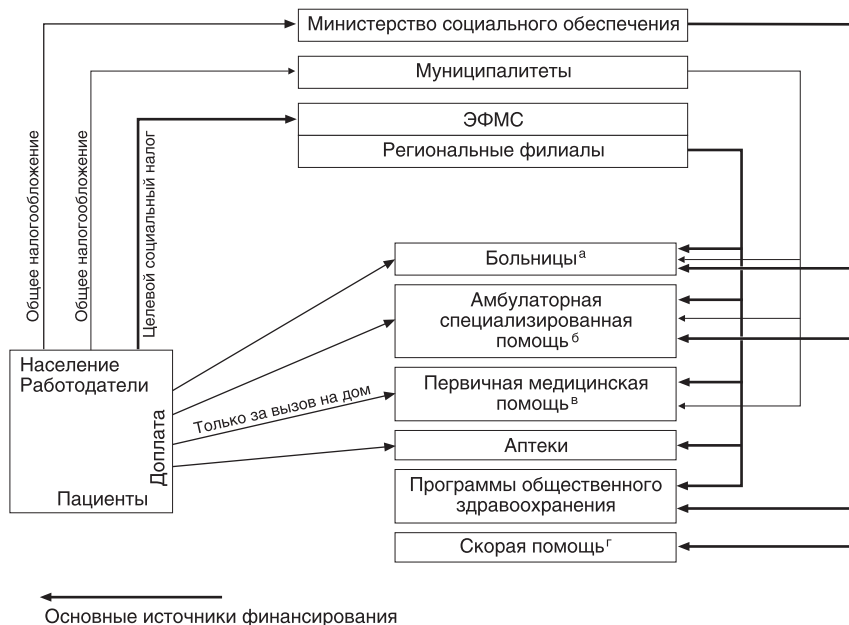
Источник: (30).

было решено, что распределять средства в зависимости лишь от численности застрахованных справедливее, чем вносить поправку, учитывающую интенсивность потребления услуг как показатель риска. Последнее привело бы к преимущественному финансированию городов, где люди чаще пользуются медицинскими услугами, хотя состояние здоровья у них лучше. Филиалам ЭФМС дана некоторая свобода в распределении финансирования между специализированной, долговременной и стоматологической помощью. Планирование договоров с производителями услуг осуществляется на региональном уровне, региональными филиалами ЭФМС.

Что касается государственного бюджета, то Министерство финансов, исходя из законодательных обязательств и политики правительства, устанавливает предельный бюджет для каждого министерства. Государственный бюджет для сектора здравоохранения готовит Министерство социального обеспечения на основании проектов бюджетов организаций, полностью или частично финансируемых из государственного бюджета. Поскольку министерство отвечает не только за здравоохранение, но и за социальное обеспечение и занятость, существует конкуренция между этими секторами за финансирование.

Министерство социального обеспечения распоряжается примерно 93% госбюджетных ассигнований на здравоохранение. Первичное медицинское обслуживание военнослужащих финансирует Министерство обороны, а медицинское обслуживание заключенных — Министерство юстиции. В последние годы госбюджетные ассигнования на здравоохранение держатся на

Рисунок 16. Схема финансирования здравоохранения, 2004 г.



- ^а Плата за услуги + плата за койко-день + оплата за законченные случаи лечения; с апреля 2004 г. 10% финансирования производится по ценам, установленным для клиничко-затратных групп; договоры заключаются на ограниченный объем услуг.
- ^б Плата за услуги; договоры заключаются на ограниченный объем услуг.
- ^в Подушная оплата с учетом возрастной структуры + плата за услуги + фиксированные доплаты.
- ^г Фиксированная сумма на бригаду.

одном уровне. В 2003 г. из госбюджетных средств, выделенных Министерству социального обеспечения, финансировались следующие услуги:

- услуги скорой помощи;
- неотложная помощь для незастрахованных;
- государственные программы профилактики заболеваний;
- управление (все административные расходы, кроме расходов ЭФМС);
- некоторые программы развития здравоохранения.

Возникали трудности с финансированием капитальных затрат. До 2000 г. эти расходы несли собственники больниц, то есть, как правило, государство и муниципалитеты. Однако из-за многочисленных обязательств государственного и муниципальных бюджетов средства на эти цели изыскивались с большим трудом. Выделяемых средств не хватало, осуществление инвестиционных проектов растягивалось на долгие годы. Поскольку получить бюджетные деньги было трудно, медицинские учреждения все чаще стали брать банковские ссуды на ремонт зданий, возвращая их из тех средств, которые им платил ЭФМС. В результате централизованный контроль над капитальными вложениями был утрачен.

Правительство осознало необходимость планомерного подхода к финансированию капитальных вложений и в 2000—2001 гг. ввело новый порядок, основанный на следующих принципах:

- самостоятельные медицинские учреждения сами финансируют свои капитальные затраты;
- ЭФМС устанавливает расценки на услуги с учетом расходов на капитальные затраты;
- амортизационные отчисления должны компенсировать различия в состоянии материально-технической базы медицинских учреждений;
- капитальные вложения в государственных больницах управляются централизованно.

Смена правительства помешала полностью внедрить эту систему. Единственное, что было сделано, — в июле 2003 г. ответственность за финансирование капиталовложений была передана медицинским учреждениям с условием, что ЭФМС при установлении расценок на услуги будет учитывать все расходы на их оказание, включая капитальные вложения. Одновременно ЭФМС увеличил финансирование специализированной помощи на 8—9%, при этом расценки за койко-день повысились на 22%, за операции — на 2%, за визит — на 12%, за законченные случаи лечения — на 5%. Ассигнования на содержание практик семейных врачей увеличились на 21%.

Финансирование специализированной медицинской помощи

Амбулаторная специализированная медицинская помощь и стационарная помощь финансируется по договорам с ЭФМС. Договоры заключаются на определенный объем услуг по каждой врачебной специальности с оплатой по средней стоимости случая лечения в отделении соответствующего профиля. С 2001 г. ЭФМС пробует заключать договоры, отбирая производителей услуг на конкурсной основе, прежде всего это касается амбулаторных услуг в области кардиологии, гинекологии и стоматологии. Услуги всех амбулаторных и стационарных медицинских учреждений оплачиваются по единому прейскуранту (см. ниже), без учета таких особенностей, как, например, статус базовой клиники. Медицинским учреждениям, работающим по договору с ЭФМС, разрешено брать с больных плату за прием у специалиста, за определенное число дней госпитализации, а также за размещение в палате повышенной комфортности (см. ниже). Максимальные размеры такой платы определены в законе. Медицинские учреждения, не имеющие договора с ЭФМС, могут брать с больных «разумную» плату. Подробнее о плате за услуги см. в разделе «Набор медицинских услуг».

Заключение договоров

В начале каждого года ЭФМС заключает с больницами договоры, в которых устанавливаются ассортимент и объемы покупаемых услуг по каждой спе-

Рисунок 17. Процесс заключения договоров с ЭФМС



циальности и общий предел финансирования. В некоторых случаях этот предел может пересматриваться в течение года. На рис. 17 показан процесс заключения договоров в увязке с механизмами финансирования.

Условия договоров, общие для всех больниц, согласовываются с Союзом больниц. Он представляет больницы, перечисленные в общей программе развития больниц до 2015 г. (см. раздел «Планирование, регулирование и управление»). С 2003 г. перечень больниц, имеющих право на долгосрочные капиталовложения и заключение договоров с ЭФМС, утверждается правительством. В том же 2003 г. были приняты общие условия договоров на пятилетний срок, хотя сами договоры заключаются ежегодно. Долгосрочная политика в отношении закупок услуг ориентирована на то, чтобы изменить структуру предложения медицинских услуг, уменьшая число коек в больницах активного лечения и развивая учреждения долговременного ухода (см. раздел «Медицинское обслуживание»).

До середины 1990-х годов договоры заключались, исходя из уровня потребления услуг в предыдущие годы. Позднее все чаще стали использовать какой-нибудь способ оценки потребностей (на основании данных о длительности ожидания, доступности услуг, информации о местных потребностях). Оценка потребностей выполняется для всех видов услуг, что позволяет распределять финансирование между различными видами льгот и секторами. Для учета межрегиональных различий в уровнях риска используется многопараметрическая модель (включающая оценку потребности в других услугах, предоставляемых по медицинской страховке); при этом предположение об одинаковых потребностях, рассчитанных в конце 1990-х годов, не действует (см. выше). Результаты оценки потребностей группируются по случаям лечения и включаются в договоры с производителями услуг, чтобы можно было проследить связь между потребностями в услугах и стратегическими закупками.

В 2003 г. были внесены элементы конкуренции между медицинскими учреждениями. Каждое медицинское учреждение подает заявку на финансирование в соответствии с критериями, установленными в законе о медицинском страховании (2002 г.). Этот процесс направлен на то, чтобы дать застрахованному свободу выбора медицинского учреждения. Единственным ограничением является то, что в договорах необходимо точно спрогнозировать число застрахованных из других регионов, которых планируется обслужить. При обсуждении условий договора, на основании данных о потреблении ус-

луг в предыдущие периоды и оценок потребностей оценивается возможное изменение числа пациентов, и к концу бюджетного года все цифры утверждаются. Чтобы повысить свою конкурентоспособность, медицинские учреждения могут также согласиться на оплату по ценам ниже прейскуранных. Во время и после обсуждения условий договоров, договоры согласовываются с правлением ЭФМС.

С июля 2003 г. капитальные затраты включены в расценки, по которым ЭФМС оплачивает медицинские услуги. Это должно способствовать справедливому распределению средств и гармоничному развитию инфраструктуры на всей территории страны (см. выше). Капитальные затраты включены в цены на консультации специалистов, операции, плату за койко-день, в комплексные цены, цены на первичную и долговременную медицинскую помощь. Эта часть цены рассчитывалась, исходя из оптимальной площади на койко-место (норма площади (m^2) на койко-место, которая дает оптимальную заполняемость). Финансирование капитальных затрат теперь зависит от объема услуг и не связано напрямую с потребностью в капитальных вложениях. Сейчас планируются дополнительные капитальные вложения в больничный сектор. Подробнее см. раздел «Дополнительные источники финансирования».

Больницы представляют в ЭФМС счета-фактуры, в которых указываются поставленные диагнозы и оказанные услуги (в соответствии с прейскурантом). Эти счета — ценный источник информации для анализа и планирования. Каждый счет-фактура тщательно проверяется и оплата по нему производится не позднее чем через месяц после его получения.

Введена система регулярного контроля финансовых показателей работы больниц, позволяющая влиять на больницы с целью обеспечения выполнения ими договорных обязательств. Данные счетов-фактур по каждому медицинскому учреждению ежемесячно анализируются, случаи пере- или невыполнения запланированных объемов услуг больницами и отделениями выявляются и обсуждаются.

Расценки на услуги и финансирование медицинских учреждений

В начале 1990-х годов Комитет по ценам на медицинские услуги и обследования при Министерстве социального обеспечения составил прейскурант на медицинские услуги, взяв за основу германский прейскурант. В комитет входили представители Эстонского союза врачей, фондов медицинского страхования и, позднее, Союза больниц. Сначала предполагалось оплачивать стационарную помощь за койко-дни, амбулаторную — за визиты и некоторые дорогие услуги — за процедуру. Расценки для эстонской системы здравоохранения определяли следующим образом: определяли расценки амбулаторных приемов и некоторых вмешательств, для которых были наиболее точные данные по себестоимости, а цены на остальные услуги получали, умножая эти расценки на соответствующие коэффициенты пропорциональности. Однако к 1994 г. стало ясно, что германская балльная система не

подходит для Эстонии из-за больших различий в затратах и процедурах. Система была усовершенствована, в том числе добавлены услуги в прејскурант, стали применяться различные методы финансирования больниц (по числу койко-дней, за визит, за процедуру) и были определены конкретные цены за каждую услугу.

В 2001 г. комитет был распущен, а устанавливать расценки поручили ЭФМС. Правила включения услуг в прејскурант и исключения их из него определены законом, и с 2002 г. ведется работа по оценке услуг с точки зрения медицинской и экономической эффективности и средних затрат (см. раздел «Набор медицинских услуг»).

До 2001 г. прејскурант утверждался постановлением министра социального обеспечения, но затем его стало утверждать правительство. Это сделано для того, чтобы усилить влияние государства и ослабить влияние медицинских учреждений, которому способствовало право министра социального обеспечения по собственному решению вносить изменения в прејскурант.

Всего в прејскуранте содержится около 1800 различных позиций, среди них есть как цены на отдельные услуги, так и комплексные цены на некоторые вмешательства. Системы надбавок не предусмотрено. Список услуг и цены обновляются не реже раза в год.

Плата за предоставленные услуги складывается из двух компонентов: платы за койко-день и платы за отдельно оплачиваемые услуги. В плату за койко-день заложена стоимость общего обследования, постановки диагноза и составления плана лечения, медсестринской помощи, простых медицинских процедур, лабораторных анализов и лекарств. Она зависит от профиля отделения и продолжительности госпитализации. Если госпитализация затягивается, то дни сверх установленного срока оплачиваются по более низкой ставке (как койко-дни по уходу). Это способствовало сокращению средней продолжительности госпитализации с 14,2 дней в 1994 г. до 8,4 дней в 2002 г. (по всем койкам). Для некоторых специальностей это сокращение было еще значительнее: например, в ревматологии средняя продолжительность госпитализации уменьшилась с 17,4 в 1994 г. до 6,8 дней в 2002 г. Дополнительные процедуры, включая операции и лабораторные анализы, оплачиваются отдельно.

В конце 1990-х годов произошел отход от оплаты за детальные услуги к оплате законченных случаев лечения, поскольку прежний метод заинтересовывал медицинские учреждения в оказании ненужных услуг, и в то же время в неоказании некоторых нужных услуг и отборе пациентов. В 1998 г. были введены комплексные цены для хирургических вмешательств определенной затратноемкости, таких как аппендэктомия, замена бедренного и коленного суставов, а также для физиологических родов. На сегодняшний день установлены 49 комплексных цен, однако общая доля оплаты стационарной помощи по комплексным ценам все еще мала по сравнению с оплатой по числу койко-дней и за оказанные услуги (табл. 27). Такое сочетание разных методов оплаты мешает равномерному распределению рисков между медицинскими учреждениями. Постепенное внедрение финансирования на ос-

нове клинко-затратных групп (с 2004 г.) должно помочь решить этот вопрос (см. ниже).

Самые распространенные методы оплаты амбулаторной помощи — плата за визит (включает сбор анамнеза, постановку диагноза, консультацию, уколы и некоторые лабораторные анализы) и плата за услуги (лабораторные анализы, рентгеновские исследования и т.п.) (табл. 27).

По данным на 2003 г., в преискуранте указываются максимальные цены; это означает, что ЭФМС и медицинские учреждения могут заключать договоры на оказание услуг по более низким ценам. В преискурант также включены соплатежи пациентов, и медицинским учреждениям не разрешается взимать с пациентов плату за услуги, полностью покрываемые ЭФМС. Совместное страхование (застрахованный платит определенную часть стоимости) предусмотрено для определенных вмешательств: аборт без медицинских показаний (30% стоимости), экстракорпоральное оплодотворение (30%) и восстановительное лечение при некоторых заболеваниях (20%).

С 1994 г. началось введение финансирования больниц по клинко-затратным группам. Этот метод абсолютно новый и не связан с ранее использовавшейся системой комплексных цен. В 2001 г. ЭФМС приступила к переработке скандинавского опыта (система NordDRG): выявляются различия в практике эстонских и скандинавских больниц, рассчитываются тарифы для Эстонии, больницам предоставляется информация об их деятельности, полученная с помощью системы клинко-затратных групп. Введению клинко-затратных групп помогло то, что благодаря системе счетов-фактур (см. выше) у ЭФМС была подробнейшая информация о структуре оказываемых услуг. В 2003 г. были сформированы все основные диагностические категории, и с 2004 г. система NordDRG полностью готова к внедрению.

Метод клинко-затратных групп не только используется для оплаты медицинских услуг, но и позволяет оценивать деятельность больниц, сравнивать эффективность работы и расходования средств; он заинтересовывает больницы не в наращивании объемов отдельных услуг, а в лечении большего

Таблица 27. Методы оплаты различных видов медицинской помощи в 2001 г.

Метод оплаты	Число позиций в преискуранте (на конец 2002 г.)	Амбулаторная помощь, % от общей суммы или евро	Стационарная помощь, % от общей суммы или евро	Специализированная помощь, % от общей суммы или евро
Плата за предоставленные услуги	1520	52%	38%	42%
Комплексные цены	49	9%	14%	13%
За койко-дни	44	0%	48%	34%
За визиты	16	39%	0%	11%
Итого	1629	36 631 82 7	97 465 25 5	134 097 081

числа пациентов. Что касается оплаты услуг, то этот метод применяется в сочетании с другими, более старыми, так что цена законченных случаев лечения для клинико-затратных групп рассчитывается на основе преискуранта. В 2004 г. 10% финансирования производится по клинико-затратным группам, 90% — по преискуранту, а в 2005 г. доля финансирования по клинико-затратным группам увеличится до 30—50%, а по преискуранту, соответственно, уменьшится до 50—70%. Такой постепенный переход позволяет анализировать изменения в клинической практике и контролировать качество медицинской помощи. Кроме того, это дает возможность применять различные методы оплаты услуг разного профиля. Особенно это важно для лечения психиатрических и онкологических заболеваний, для которых еще не сформированы однородные клинико-затратные группы. В ближайшие годы вопрос о том, как наилучшим образом совместить новый и старые механизмы финансирования, сохранит свою актуальность.

В этом разделе описано финансирование производителей амбулаторных специализированных и стационарных медицинских услуг. В обоих случаях размеры заработной платы врачей определяет администрация медицинских учреждений (см. ниже).

Заработная плата работников здравоохранения

В советскую эпоху медицинские работники относились к государственным служащим и работали в медицинских учреждениях, получая оклад. Размеры заработной платы устанавливались централизованно. В 1990-х годах ситуация изменилась, главным образом в связи с тем, что впервые была разрешена индивидуальная частная медицинская практика, а новый правовой статус медицинских учреждений дал им большую самостоятельность. В частности, хотя многие учреждения остаются под контролем государства и муниципалитетов, размеры заработной платы теперь устанавливает администрация медицинского учреждения в ходе переговоров с работниками.

Заработная плата медиков зависит от минимального объема услуг, на который заключен договор между медицинским учреждением и ЭФМС. Доля заработной платы в общей стоимости стационарного лечения в среднем составляет 60%.

Сейчас каждый медик заключает индивидуальный трудовой договор с медицинским учреждением, правда, эти договоры подчас составляются на основе общих соглашений о заработной плате для конкретных групп работников. Эстонский союз врачей и Союз медицинских сестер договариваются с Союзом больниц о минимальных почасовых ставках для представляемых ими специальностей. Иногда в этих переговорах участвуют Министерство социального обеспечения и ЭФМС.

Семейные врачи и медицинские сестры заключают договоры с ЭФМС и получают финансирование, включающее в себя подушную оплату и три других вида платежей, которые составляют бюджет каждой практики (табл. 28).

Таблица 28. Финансирование семейных врачей в 1999—2003 гг.

Компоненты заработной платы	1999—2000		2001		2002		2003	
	кроны	евро	кроны	евро	кроны	евро	кроны	евро
Подошная плата за человека в месяц								
Младше 2 лет	20,00	1,28	20,80	1,33	23,90	1,53	27,55	1,76
От 2 до 70 лет	16,00	1,02	16,60	1,06	19,10	1,22	21,05	1,35
Старше 70 лет	18,00	1,15	18,70	1,20	21,50	1,37	24,60	1,57
Плата за услуги (не более % подошной платы)	18,0%	18,0%	18,0%	18,0%	18,4%	18,4%	18,4%	18,4%
Фиксированная сумма на содержание практики (ежемесячно)	5000,00	319,60	5000,00	319,60	5290,00	338,10	5290,00	338,10
Ежемесячные доплаты								
Расстояние от места работы до уездной больницы 20—40 км	700,00	44,70	700,00	44,70	700,00	44,70	700,00	44,70
Расстояние от места работы до уездной больницы — более 40 км	1400,00	89,50	1400,00	89,50	1400,00	89,50	1400,00	89,50
Обучение по программе семейной медицины	1000,00	63,90	1000,00	63,90	1000,00	63,90	1000,00	63,90

Источник: (38).

Подошная оплата зависит от возрастной структуры обслуживаемого контингента и производится по трем ставкам: за детей младше 2 лет, лиц в возрасте от 2 до 70 лет и за тех, кому больше 70 лет. Плата за дополнительные услуги ограничена 18,4% подошной оплаты. Союз семейных врачей и ЭФМС согласовывают перечень таких услуг, и они включаются в преискуртант. С течением времени, по мере того как семейные врачи набирались опыта, список этих услуг менялся. И наконец, предоставляется базовое ежемесячное финансирование на покрытие расходов на содержание практики, а также производятся доплаты врачам за работу вдали от больниц, доплаты дипломированным семейным врачам и врачам, проходящим переподготовку. Доход семейного врача зависит не только от числа пациентов в его списке, но и от того, как он работает, поскольку расходы на необязательные анали-

Таблица 29. Средняя часовая и месячная заработная плата врачей в больницах, 2002—2004 гг., евро

Тип больницы	Средняя часовая заработная плата			Среднемесячная заработная плата		
	31 мая 2002 г.	31 марта 2003 г.	31 марта 2004 г.	31 мая 2002 г.	31 марта 2003 г.	31 марта 2004 г.
Региональные	4,93	5,55	5,69	785,15	890,23	903,65
Центральные	3,55	4,25	5,17	574,57	693,95	841,40
Специализированные	3,30	3,84	5,38	522,48	604,35	887,48
Общего профиля	3,26	3,66	4,22	530,21	595,27	689,22
Восстановительного лечения	3,11	4,31	3,96	522,03	690,25	640,20
Больницы долговременного пребывания (до 2003 г.)	2,35	2,15	–	392,80	355,67	–
Больницы сестринского ухода (с 2003 г.)	–	–	3,10	–	–	503,82
Центры дневного ухода	–	–	3,29	–	–	543,95
Средневзвешенная заработная плата	3,88	4,49	5,07	624,80	726,29	818,07

Источник: (39).

зы и процедуры отражаются на его доходах. Система финансирования семейных врачей выстроена таким образом, чтобы заинтересовать врачей в расширении спектра своих услуг по диагностике и лечению, обеспечении непрерывности медицинского обслуживания, а также компенсировать финансовые риски, связанные с лечением пожилых людей и работой в сельской местности.

Специализированную амбулаторную помощь оказывают поликлиники и медицинские центры, поликлинические отделения больниц и независимые врачи-специалисты. Независимые врачи-специалисты, работающие по договору с ЭФМС, получают плату за предоставленные услуги, максимальная общая сумма которой ограничивается договором. Некоторые независимые специалисты, прежде всего стоматологи, гинекологи, урологи, офтальмологи и отоларингологи, занимаются частной практикой. Частнопрактикующие независимые врачи-специалисты тоже могут заключать договоры с ЭФМС и получать от нее возмещение.

Реформы здравоохранения

Цели и задачи

За годы независимости (с 1991 г.) эстонское здравоохранение сильно изменилось. Прошли две волны реформ: первая, в начале 1990-х годов, была весьма радикальной, вторая, в конце 1990-х годов, предусматривала более постепенные преобразования.

На первом этапе реформ ставилась цель улучшить финансирование здравоохранения и заставить систему здравоохранения более чутко реагировать на нужды населения. Правительство ввело финансирование медицинской помощи за счет целевого налога на медицинское страхование, который собирали и объединяли в фонды медицинского страхования. Чтобы разделить функции производителей и покупателей медицинских услуг, была введена система договоров между фондами и медицинскими учреждениями с оплатой в зависимости от объема предоставленных услуг. Медицинские учреждения стали более самостоятельными и теперь сами решали, во что вкладывать деньги и сколько платить работникам. Эти реформы привели к полной перестройке системы здравоохранения, созданной в советский период.

Реформы второй волны были нацелены прежде всего на повышение эффективности и защиту общественных интересов путем более тщательного и открытого регулирования деятельности производителей и системы медицинского страхования. В области первичного и стационарного медицинского обслуживания проводились реформы в целях более рационального использования финансовых и кадровых ресурсов и повышения ответственности медицинских учреждений путем определения правового статуса медицинских учреждений, перенесения на них части финансовых рисков и обеспечения качества медицинских услуг. Одновременно правительство принимало меры по усилению централизованного планирования и регулирования, а также по повышению покупательной способности ЭФМС. Изменилась и система возмещения затрат на лекарства: для более рационального расходования средств были введены базовые цены.

Содержание реформ и их законодательная база

В этом разделе перечислены основные реформы первой и второй волны. В табл. 30 приводится обзор важнейших законов в области здравоохранения, принятых в период 1991—2003 гг.

Таблица 30. Основные законы о здравоохранении, 1991—2003 гг.

Закон	Период подготовки ^a	Принят парламентом	Вступил в силу	Текущее состояние
Закон о медицинском страховании	1989—1991	Июнь 1991 г.	Апрель 1992 г.	Изменен в 1994 и 1998 гг.; заменен законом о медицинском страховании 2002 г.
Закон об организации оказания медицинских услуг	1993—1994	Март 1994 г.	Апрель 1994 г.	Заменен законом об организации оказания медицинских услуг 2002 г.
Закон об общественном здравоохранении	1993—1995	Июнь 1995 г.	Июль 1995 г.	Действует с многочисленными поправками в связи с вступлением в ЕС
Закон о лекарственных препаратах	1993—1995	Декабрь 1995 г.	1996 г.	Действует с несколькими поправками; пересмотренный законопроект представлен в парламент в 2004 г.
Закон о психиатрической помощи		Февраль 1997 г.	Март 1997 г.	Действует с поправками
Закон об искусственном оплодотворении и защите эмбриона		Июнь 1997 г.	Июль 1997 г.	Действует с поправками
Закон о прерывании беременности и стерилизации		Ноябрь 1998 г.	1999 г.	Действует
Закон о гигиене и охране труда		Июнь 1999 г.	Июль 1999 г.	Действует с поправками
Закон о ЭФМС	1999—2000	Апрель 2000 г.	Январь 2001 г.	Действует
Закон о табачных изделиях	Середина 1990-х гг., представлен в парламент в октябре 1999 г.	Июнь 2000 г.	Январь 2001 г.	Действует; пересмотренный законопроект представлен в парламент в 2004 г.

Закон	Период подготовки ^a	Принят парламентом	Вступил в силу	Текущее состояние
Закон об организации оказания медицинских услуг	1999—2001	Май 2001 г.	Январь 2002 г.	Действует; принят взамен закона об организации оказания медицинских услуг 1994 г.
Закон об ответственном праве		Сентябрь 2001 г.	Июль 2002 г.	Действует
Закон о трансплантации органов и тканей		Январь 2002 г.	Июнь 2002 г.	Действует
Закон о медицинском страховании	2000—2002	Июнь 2002 г.	Октябрь 2002 г.	Действует взамен закона о медицинском страховании 1992 г.
Закон о профилактике и лечении инфекционных заболеваний	1998—2003	Февраль 2003 г.	Ноябрь 2003 г.	Действует
Закон о первичной медицинской помощи	1993—1995 (не представлен в парламент)	—	—	Основные положения содержались в постановлении министра о реформе первичной медицинской помощи 1997 г.; сейчас эта область регулируется законом об организации оказания медицинских услуг
Закон о правах пациента	1993—2004	—	—	Проект; отношения между пациентом и производителем услуг регулируются законом об ответственном праве (2001 г.)

^a Включает парламентское делопроизводство

Первая волна реформ (1989—1995 гг.): введение системы медицинского страхования, децентрализация планирования медицинского обслуживания и регулирование обращения лекарственных средств.

Здесь описаны законодательные реформы начала 1990-х годов, заложившие основу нынешней системы здравоохранения.

Закон о медицинском страховании (1991 г.)

Этот закон ввел обязательное всеобщее медицинское страхование, осуществляемое фондами медицинского страхования (*haigekassa*), и тем самым упразднил систему здравоохранения советского образца. Первый проект закона был подготовлен в 1989 г. и утвержден парламентом еще до того, как страна получила независимость. Хотя в 1994 г. в закон были внесены поправки, по своей сути он не изменился, сохранилась и первоначальная ставка налога в размере 13% от заработной платы или трудового дохода. Наиболее важными изменениями, внесенными весной 1994 г., были образование ЭФМС, на

который было возложено централизованное планирование деятельности системы медицинского страхования, согласование взаимодействия и надзор за работой региональных филиалов, а также введение подушного распределения средств по регионам в целях более справедливого финансирования медицинского обслуживания на всей территории страны. Согласно поправкам, принятым в 1998 г. и вступившим в силу в 1999 г., ответственность за сбор налога была передана Налоговому агентству.

Закон об организации оказания медицинских услуг (1994 г.)

Закон определил обязанности различных уровней управления, передал муниципалитетам ответственность за планирование и организацию первичного и специализированного медицинского обслуживания, инициировал процесс передачи медицинских учреждений из государственной собственности в муниципальную. В законе перечислены обязанности государства и муниципалитетов по финансированию содержания и капитальных затрат своих медицинских учреждений. На уровне уезда учреждена должность уездного врача, на которого возложен надзор за работой медицинских учреждений. Однако закон был недостаточно хорошо проработан, новая система планирования оказалась слишком рассредоточенной, а система регулирования и лицензирования — недостаточно четкой.

Регулирование первичной медицинской помощи (1994—1997 гг.)

Поскольку закон об организации оказания медицинских услуг носил довольно общий характер, семейные врачи, заинтересованные в более четком регулировании первичной медицинской помощи, подготовили в 1994—1995 гг. законопроект о семейной медицине. Впоследствии он был дополнен и распространен на все первичное медицинское обслуживание и переименован в закон о первичном медицинском обслуживании. В пересмотренном законопроекте оговаривались финансовая и организационная ответственность, права и обязанности различных заинтересованных сторон, участвующих в финансировании и оказании медицинской помощи. Однако этот законопроект так и не был представлен на рассмотрение в парламент, и реформа первичного медицинского обслуживания в итоге была начата постановлением министерства, принятым в апреле 1997 г. Законодательно реформы были закреплены лишь в 2002 г., когда был принят пересмотренный закон об организации оказания медицинских услуг.

Закон об общественном здравоохранении (1995 г.)

Реорганизация системы общественного здравоохранения началась с принятия закона об общественном здравоохранении. В законе определялись статус, структура, функции и финансирование служб общественного здравоохранения в Эстонии. В закон несколько раз вносились поправки с целью приведения его в соответствие с требованиями к вступлению в Европейский союз. См. также разделы «Реорганизация здравоохранения» и «Общественное здравоохранение».

Закон о лекарственных средствах (1995 г.)

Регулированием развивающегося фармацевтического рынка занялись довольно быстро. Проект закона о лекарственных средствах был подготовлен в 1993—1994 гг. и представлен правительству и парламенту. Однако он был утвержден лишь в декабре 1995 г. — из-за столкновения интересов различных сторон он рассматривался гораздо дольше, чем другие законы первой волны реформ. Пока закон не был принят, обращение лекарственных средств регулировалось постановлениями министра.

Проект закона о правах пациента (1993—2004 гг.)

Первый проект закона о правах пациента был подготовлен в 1993 г. и передан в парламент. Однако медики потребовали одновременной подготовки и принятия закона о защите медицинского персонала, и законопроект «застрял» в парламенте. В последующие годы Министерством социального обеспечения совместно с представителями организаций пациентов и профессиональных медицинских организаций было подготовлено несколько проектов закона. Некоторые из них дошли до парламента, но ни один не был принят.

Начиная с 2002 г. отношения между врачами и пациентами посвящена отдельная глава в законе об обязательственном праве, который регламентирует все экономические договорные отношения. Министерство социального обеспечения считает, что пока следует ограничиться этим законом и посмотреть, нужен ли специальный закон о правах пациента. Тем временем проект закона о правах пациентов, предложенный бывшим министром социального обеспечения (сейчас его партия в оппозиции), все еще изучается парламентом.

Вторая волна реформ (1996—2004 гг.): регулирование деятельности различных секторов, возврат к централизованному планированию, улучшение медицинского обслуживания, определение обязанностей по финансированию, укрепление регулирования и покупательной способности и узаконивание самостоятельности производителей.

В начале этого периода парламент принял несколько законов, касающихся более узких направлений здравоохранения. Ближе к его концу были пересмотрены основные законы, отчасти для того чтобы исправить недостатки, отчасти для того чтобы облегчить достижение очередных целей, таких как повышение экономичности, а также для приведения законодательства в соответствие с требованиями в связи с вступлением в Европейский союз. Иногда требовалось внести такую массу мелких исправлений и к тому же учесть изменения в законодательстве, что проще было переписать закон заново.

Закон о психиатрической помощи (1997 г.)

В законе определен порядок и условия оказания психиатрической помощи и принудительного лечения. Закон распространяется на все случаи оказания психиатрической помощи и основывается на принципах защиты прав психически больных, принятых Организацией Объединенных Наций в 1991 г. См. также раздел «Психиатрическая помощь».

Закон об искусственном оплодотворении и защите эмбриона (1997 г.)

В законе подробно регламентированы медицинские и правовые аспекты донорства яйцеклеток и спермы, требование добровольности такого донорства, устанавливаются требования к донорам и их права, регулируются вопросы, касающиеся информации о донорах, а также усыновления детей, рожденных от донорских яйцеклеток. В законе определено понятие искусственного оплодотворения, перечислены показания и противопоказания для его применения, а также правовое положение человеческого эмбриона, зачатого путем искусственного оплодотворения.

Закон о прерывании беременности и стерилизации (1998 г.)

Закон регулирует вопросы, связанные с прерыванием беременности и стерилизацией, в том числе консультирование и обязательность письменного согласия. По закону, медицинский аборт можно делать лишь до 11 недель беременности. В исключительных случаях разрешается прерывать беременность на более позднем сроке (до 21 недели). Это делают, если беременность угрожает здоровью женщины, если состояние здоровья не позволяет ей вырастить ребенка, в случае тяжелого уродства или заболевания плода, или если беременная моложе 15 или старше 45 лет. В первых трех случаях требуется решение консилиума в составе не менее трех врачей. Закон запрещает принуждать врача делать аборт.

Закон о гигиене и охране труда (1999 г.)

Закон устанавливает требования к гигиене и охране труда, определяет обязанности работников и работодателей по созданию безопасных условий работы, а также регулирует вопросы организации служб охраны здоровья на производстве и на уровне государства. В законе изложен порядок разрешения споров и меры к нарушителям.

Закон о медицинском страховании (2000 г.)

Закон учредил ЭФМС как независимую публично-правовую организацию, управляемую советом, в состав которого входят представители государства, работодателей и работников. Закон направлен на укрепление покупательной способности системы медицинского страхования, усиление публичной подотчетности, и реорганизацию в целях повышения эффективности работы. В законе и утвержденном правительством уставе ЭФМС подробно регламентируется его деятельность и подотчетность. См. также раздел «Реорганизация здравоохранения».

Закон об организации оказания медицинских услуг (2001 г.)

Среди главных изменений, внесенных этим законом, — возврат к централизованному планированию, новая система лицензирования врачей и медицинских учреждений, определение статуса производителей как юридических лиц частного права, а также подробное определение источников финансирования и обязательств по финансированию. Например, финанси-

вание неотложной помощи незастрахованным осуществляется из государственного бюджета Министерством социального обеспечения, а Министерство юстиции оплачивает медицинскую помощь заключенным, финансирует судебную медицину и экспертизу. Муниципалитеты не несут ответственности за финансирование здравоохранения. Подробнее см. раздел «Реорганизация здравоохранения».

Закон об обязательственном праве (2001 г.)

Закон, подготовленный Министерством юстиции, регулирует все договорные отношения в различных секторах, в том числе отношения между страховщиком и застрахованным (в сфере частного медицинского страхования), между пациентом и медицинским учреждением (в сфере медицинского обслуживания).

В главе о договорах на оказание медицинских услуг регулируются отношения между пациентом и медицинским учреждением, устанавливаются требования к информации для пациента и получению информированного согласия до лечения, конфиденциальности и ответственности за недобросовестную практику. Согласно закону, если услуга не оплачивается третьей стороной или системой медицинского страхования, пациент должен сам оплатить ее по установленной или договорной цене или, в отсутствие таковой, «по разумной цене». В этой главе содержится единственное на сегодня действующее положение об общих правах пациента, дополняющее права, установленные в других специальных законах, упомянутых в этом разделе. Однако некоторые места в законе не совсем понятны. Это связано с тем, что закон готовился на основе соответствующего германского закона и без участия Министерства социального обеспечения.

В главе о медицинском страховании устанавливаются минимальные требования к квалификационным периодам (отсрочка ответственности страховщика) для различных видов медицинского страхования, условия изменения страховых премий и т. п. Однако разработчики в недостаточной мере учли нынешнюю ситуацию в Эстонии и некоторые положения закона не актуальны. Например, излишне регулировать медицинское страхование пенсионеров и детей, поскольку и те, и другие и так приравнены к застрахованным в ЭФМС.

Закон о медицинском страховании (2002 г.)

Этот закон более четко регулирует все вопросы, касающиеся медицинского страхования, в том числе сроки действия договоров страхования, страховые льготы, перечни льготных медицинских услуг и лекарственных средств и уровни покрытия, максимальные размеры соплатежей, а также договорные отношения между ЭФМС и медицинскими учреждениями.

Закон о профилактике и лечении инфекционных заболеваний (2003 г.)

Закон готовили пять лет и приняли в 2003 г. Он регулирует организацию работы по профилактике и борьбе с инфекционными заболеваниями, лечение

инфекционных больных, устанавливает обязанности государства и местных органов власти, юридических и частных лиц, в том числе медицинских учреждений. Закон охватывает все виды деятельности по борьбе с инфекционными заболеваниями, начиная от иммунизации и предупреждения больничных инфекций и заканчивая лицензированием лабораторий и принудительным лечением опасных инфекционных болезней. К ним закон относит чуму, холеру, желтую лихорадку, вирусные геморрагические лихорадки и туберкулез. В законе определены требования к производителям медицинских услуг по надзору за больничными инфекциями и их профилактики, а также по уведомлению соответствующих органов в случае возникновения такой инфекции.

Проект нового закона о лекарственных средствах (2004 г.)

Этот важный законопроект — переработанный вариант закона о лекарственных препаратах (1995 г.). В нем регулируются все вопросы производства и обращения лекарственных средств. Проект готовился в течение трех—четырёх лет, в процессе работы над ним проводились консультации с заинтересованными сторонами. Он был представлен на рассмотрение в парламент в апреле 2004 г., где до сих пор изучается. Ожидаются горячие споры по вопросам об ограничении деятельности аптечных сетей, об обязательности фармацевтического образования для владельца аптеки, о системе наценок и внеаптечной торговле безрецептурными лекарствами.

Другие законопроекты (2004 г.)

Министерство социального обеспечения сейчас не поддерживает каких-либо серьезных законодательных инициатив и сосредоточило усилия на частных, все еще недостаточно урегулированных вопросах (например, законопроекты о медицинском оборудовании и службах переливания крови, находящиеся на рассмотрении в парламенте с весны 2004 г.), а также на доработке основных действующих законов. Никаких принципиальных изменений существующей системы или курса проводимых реформ не предлагается.

Программа «Здоровье для всех» (1995—2004 гг.)

Единственное заявление правительства о государственной политике в области здравоохранения было сделано еще в марте 1995 г. В нем перечислялись главные задачи в области здравоохранения, но не были намечены пути их решения. С 1997 по 2003 г. Министерство социального обеспечения подготовило несколько подробных программных документов, но ни один из них не удалось обсудить в правительстве или парламенте, отчасти из-за смены руководства страны: придя к власти, новое руководство хотело разрабатывать собственную политику.

В последние годы руководство Министерства социального обеспечения не видело необходимости в программном заявлении о политике в сфере здравоохранения и предпочитало работать над конкретными программами для решения более узких вопросов, таких как профилактика ВИЧ-инфекции или сердечно-сосудистых заболеваний, а не определять первоочеред-

ные цели здравоохранительной политики во всеобъемлющем программном документе. Тем не менее в законодательном акте министерства, вышедшем в 2004 г., названы некоторые главные задачи здравоохранения, такие как укрепление здоровья населения и предотвращение распространения хронических и инфекционных заболеваний (см. «Выводы») (40).

Эти общие цели разбиваются на 14 более краткосрочных конкретных задач.

Было принято несколько более узких государственных программ. В частности, «Программа обеспечения качества медицинской помощи» (1997 г.), в которой определено понятие качества медицинской помощи и указано, что должны делать все ключевые структуры системы здравоохранения для того, чтобы его повысить. В 2003 г. была принята программа в области охраны психического здоровья, но ее осуществление перенесено на более поздние сроки.

Проведение реформ

Многие из перечисленных выше реформ, особенно первой волны, готовились и проводились в довольно сжатые сроки. В результате реформа системы медицинского страхования не была досконально проработана и при ее осуществлении было широкое поле для усовершенствования и проявления местной инициативы. Однако, в силу небольших размеров страны, ситуация не вышла из-под контроля. Наоборот, появилась возможность использовать лучший опыт при разработке единых общенациональных правил, начавшейся в 1994 г. Последующие реформы, в частности реформа первичной и стационарной медицинской помощи, планировались более централизованно и тщательно.

С течением времени менялись роли ключевых групп в проведении реформ. Можно сказать, что инициаторами первой волны реформ, в частности введения медицинского страхования, были профессиональные медицинские организации. Активисты из воссозданного Эстонского союза врачей оставили медицинскую практику и занялись политикой. Однако это не означает, что в здравоохранительной политике господствовали интересы производителей услуг. В середине и конце 1990-х годов, когда реформы возглавило Министерство социального обеспечения, основные усилия были направлены на повышение экономической эффективности и защиту общественных интересов. Кроме того, влияние производителей медицинских услуг на курс реформ могло ослабиться в связи с тем, что с 1993 г. в Эстонии не стало министерства здравоохранения. Интересно, что после 1992 г. основное реформенное законодательство принималось и проводилось в жизнь в те периоды, когда министром социального обеспечения был человек без медицинского образования.

Эстонский союз врачей и Союз больниц участвовали в подготовке реформ в качестве партнеров министерства. Министерство также привлекало к участию и другие заинтересованные стороны, включая их представителей

в состав рабочих групп или приглашая для консультаций на этапе составления законопроекта.

Начиная с середины 1990-х годов повысилась роль фондов медицинского страхования в выдвижении и подготовке реформ здравоохранения. Система медицинского страхования, пожалуй, острее других каждодневно ощущала, насколько тяжело обеспечивать приемлемый уровень доступности медицинской помощи в условиях нехватки средств, пытаясь одновременно удовлетворять растущий спрос на новые услуги и лекарства и требования повысить заработную плату медикам. ЭФМС был вынужден предложить и подготовить несколько изменений системы финансирования производителей услуг, в частности ввести оплату по клинко-затратным группам, а также предложить ряд организационных мер для укрепления своей покупательной способности.

В реформирование здравоохранения внесли вклад и международные организации. Опыт Эстонии свидетельствует о том, что плодотворное и взаимовыгодное сотрудничество с международными организациями и специалистами возможно лишь в том случае, если в самой стране есть четкое представление о том, что нужно сделать, и твердое намерение достичь поставленной цели. Только тогда можно успешно использовать международный опыт. В качестве примера можно привести сотрудничество с Европейским региональным бюро ВОЗ: как только министр социального обеспечения издал постановление об изменении системы первичной медицинской помощи, бюро предоставило информацию об аналогичном опыте других стран, а также помогло в проработке деталей реформы.

Важную роль сыграл проект Всемирного банка по поддержке реформ «Здравоохранение Эстонии» (1995—1999 гг.). Во-первых, проект объединил отдельные инициативы, в частности по введению медицинского страхования и подготовке семейных врачей, в рамках общей реформы сектора здравоохранения. Это позволило обеспечить общий контроль над различными направлениями реформы и создать специальную управленческую структуру, ответственную за реформу здравоохранения, в которую вошли представители Министерства социального обеспечения и других учреждений, участвующих в планировании и проведении реформ. Во-вторых, кредит Всемирного банка был для правительства своего рода преградой к отступлению от курса реформ в те моменты, когда политическая воля к продолжению преобразований ослабевала. В-третьих, в рамках общего проекта проще было согласовывать действия финансирующих организаций и работу по другим проектам.

Начавшаяся в середине 1990-х годов подготовка к вступлению в Европейский союз повлияла на политику и расстановку приоритетов развития в здравоохранении, равно как и во всех прочих отраслях. В области законодательства на первый план вышла задача приведения законов и процедур в соответствие с европейскими, с упором на вопросы общественного здравоохранения, гигиены и охраны труда.

Как уже говорилось, Эстония довольно успешно осуществила основные запланированные реформы. Трудности, возникавшие при проведении пре-

образований, были не настолько велики, чтобы остановить или существенно замедлить их ход.

На первом этапе преградой могла стать низкая квалификация работников системы медицинского страхования. Однако введение медицинского страхования проходило на фоне крупных социальных, экономических и политических перемен, включая перестройку получившей независимость страны, демократизацию и переход к рыночной экономике. В итоге вся страна, а не только нарождающаяся система медицинского страхования, «училась без отрыва от производства». На практике на должности директоров фондов медицинского страхования часто приглашались люди без опыта работы в здравоохранении, и можно смело сказать, что создание новых структур для управления финансированием здравоохранения помогло привить экономическое мышление и перейти на новые методы управления в секторе здравоохранения быстрее, чем если бы региональных администраторов с медицинским образованием стали бы обучать экономике и управлению здравоохранением.

На втором этапе реформ, в середине 1990-х годов, трудности возникали скорее из-за отсутствия общего видения реформ и ослабления политической воли, чем из-за слабости материально-технической базы или недостатка управленческих навыков. Примером того, как благоприятные условия могут способствовать успеху реформы, служит опыт ведения в 1997 г. семейной медицины. Хотя реформа была инициирована не законом, а всего лишь постановлением министра, ее необходимость не вызывала сомнений у главных заинтересованных сторон — Министерства социального обеспечения, ЭФМС, медицинского факультета Тартуского университета и новой группы — квалифицированных семейных врачей. Благодаря совместным усилиям этих сторон оказалось возможным подготовить и провести реформу в девятимесячный срок.

Заключение

Оценка системы здравоохранения

В этом разделе анализируется, насколько успешно были достигнуты цели, поставленные перед системой здравоохранения.

Задачи в области здравоохранения

Цели реформ, проводившихся в эстонской системе здравоохранения в 1990-х годов, не всегда были сформулированы в явном виде. Реформы первой волны (в начале 1990-х годов) должны были обеспечить устойчивое финансирование здравоохранения через создание целевой доходной базы, повысить качество медицинской помощи (в частности, за счет развития медицинских технологий до уровня западноевропейских стран), а также расширить свободу пациента в выборе врача и лечебного учреждения. Однако из-за ограниченности средств главной целью всех реформ конца 1990-х годов стало повышение экономичности медицинской помощи. Именно для этого проводились реформы больничного сектора, менялись методы финансирования медицинских учреждений и правила возмещения затрат на лекарственные средства.

На сегодня нет общего политического документа, где были бы изложены задачи в сфере здравоохранения, но эти задачи можно найти в программных заявлениях таких ключевых структур, как Министерство социального обеспечения и ЭФМС. Своими главными задачами, так или иначе связанными со здравоохранением, Министерство считает обеспечение устойчивой и надежной системы социального страхования, гарантирующей гражданам социальную защиту и достаточный уровень дохода, обеспечение занятости и длительное сохранение трудоспособности, охрану здоровья и окружающей среды, а также обеспечение доступности медицинских услуг и лекарств (40).

Это — общие задачи. На пути к их решению намечено 14 более узких, промежуточных задач, таких как формирование здорового образа жизни и борьба с распространением хронических заболеваний, увеличение до 31% доли населения, занимающегося физкультурой и спортом, сокращение преждевременной смертности от сердечно-сосудистых заболеваний, а так-

же сокращение распространенности курения среди мужчин до 43% (с 45% в 2002 г.). Установлены плановые цифры по снижению заболеваемости инфекционными болезнями. Цели в сфере здравоохранения не столь конкретны, тем не менее запланировано достичь уровня удовлетворенности населения доступностью услуг не ниже 54%, качеством обслуживания — 67%, и довести до 37% долю непатентованных препаратов в общем объеме расходов ЭФМС на лекарственные средства.

Принципы и задачи медицинского страхования изложены в законе. Среди них — солидарность и ограничение уровня соплатежей населения, исходя из принципов предоставления медицинских услуг по потребностям, обеспечение равного доступа к лечению, независимо от места жительства, а также эффективное и рациональное использование средств. ЭФМС готовит свой трехлетний план, который утверждает совет ЭФМС. В плане определяются задачи ЭФМС, в частности по повышению доступности и качества медицинской помощи (например, с помощью клинических руководств), совершенствованию организационной структуры и обслуживанию клиентов.

Распределение расходов на здравоохранение и потребления льгот по медицинскому страхованию по группам населения. Примерно три четверти расходов на здравоохранение покрываются из государственных источников финансирования. Две трети всех расходов на здравоохранение покрываются за счет доходов от 13% целевого налога на заработную плату. Люди старшего поколения вносят свой вклад в государственное финансирование здравоохранения через уплату налогов на потребление и собственность. Хотя специальных исследований по оценке вклада каждой группы населения в общие расходы на здравоохранение не проводилось, тот факт, что система здравоохранения финансируется преимущественно за счет пропорционального налога на заработную плату, означает, что в целом в ней соблюдается принцип горизонтальной и вертикальной справедливости. Пропорциональный налог на заработную плату обеспечивает перераспределение средств по принципу богатый платит за бедного, здоровый — за больного. В самой системе медицинского страхования тоже происходит значительное перераспределение средств. В 2002 г. 51% совокупного дохода ЭФМС был израсходован на медицинское обслуживание детей, пенсионеров и других категорий населения, деньги за которых в ЭФМС не поступают.

Однако система здравоохранения не гарантирует равный доступ к медицинской помощи всему населению. Застрахованные (94%) и незастрахованные имеют разные права на медицинскую помощь. Все застрахованные имеют право на одинаковый набор услуг, с небольшими отличиями, зависящими от возраста и критериев эффективности. Например, в разной степени возмещаются расходы на стоматологическую помощь взрослым и детям, установлено ограничение по возрасту для экстракорпорального оплодотворения. Незастрахованным гарантируется только неотложная медицинская помощь, которую финансирует государство. За остальные услуги они обычно должны платить сами, хотя некоторые муниципалитеты финансируют ограниченный набор услуг для таких людей.

Подушное распределение средств по регионам и заключение договоров

по принципу «деньги следуют за пациентом» теоретически должны обеспечивать застрахованным равный доступ к медицинской помощи на всей территории страны. Изучалось фактическое потребление льгот по регионам и группам населения с разным уровнем доходов в 1994, 1999 и 2000 г. (8). Исследование показало, что в 1999 г. в возрастной группе от 25 до 74 лет сельские жители консультировались с врачом по телефону и обращались к семейным врачам чаще, а к специалистам и стоматологам — реже, чем жители столицы (г. Таллинн). Частота госпитализации была одинаковой во всех группах. Следует, однако, отметить, что в 1999 г. реформа первичной медицинской помощи в Таллинне только начиналась, так что таллиннцы, в отличие от жителей других районов страны, могли обращаться к специалистам без направления. После завершения реформы различия в частоте обращений к семейным врачам и специалистам должны были уменьшиться. Кроме того, в Таллинне и Клинике Тартуского университета были введены списки на прием к амбулаторным специалистам, что говорит о том, что в других городах специалисты более доступны. Существенных различий в уровне потребления услуг семейных врачей между группами с разными уровнями доходов не выявлено, зато в группах с низкими доходами частота госпитализации по всем профилям во всех возрастных подгруппах была выше. Такие различия сохраняются с 1994 г. Велика разница в уровнях потребления специализированной и стоматологической помощи: представители группы с наиболее высоким уровнем доходов обращались к специалистам и стоматологам в два раза чаще, чем малообеспеченные. Однако пока нет данных, позволяющих с уверенностью судить об устойчивости этих тенденций.

Возможно, что увеличению различий в уровне потребления амбулаторной специализированной помощи способствовало введение соплатежей в 2002 и 2003 г. Однако это трудно оценить из-за завершения перехода к семейной медицине с регулируемым доступом к специализированным услугам, а также из-за введения списков на прием к специалистам в Таллинне и Тарту. Усиление различий в потреблении стоматологических услуг, по всей видимости, обусловлено изменениями в уровне компенсации за стоматологическое лечение для взрослых.

Распределение ресурсов здравоохранения

Службы первичной медицинской помощи равномерно распределены по территории страны, а для привлечения семейных врачей в сельские районы предусмотрены специальные доплаты. Унаследованная с советских времен сеть специализированных медицинских учреждений тоже в равной мере охватывает все население, хотя некоторые уездные больницы слишком велики для современной системы оказания медицинской помощи, ориентированной преимущественно на амбулаторное обслуживание.

В последние четыре года финансирование здравоохранения было устойчивым. Общая доля расходов на основные виды помощи (профилактику, первичную медицинскую помощь, специализированную и стоматологическую помощь) в бюджете ЭФМС выросла на 43—49%, а доля расходов на

долговременную помощь — на 99%. Затраты на стационарную помощь составляли 30—36% общих затрат на медицинское обслуживание (21). Сокращение объемов стационарной помощи в сочетании с развитием амбулаторной помощи стало одной из причин роста расходов на лекарства с 2% бюджета системы медицинского страхования в 1992 г. до 19% в 2003 г.

Технологическая эффективность оказания медицинской помощи. Ограничение затрат на медицинскую помощь рамками доходов системы медицинского страхования и ежегодных ассигнований из государственного бюджета заставляет искать такие способы использования имеющихся ресурсов, которые позволят получить наилучший результат. На сокращение средней продолжительности госпитализации сильно повлияла договорная политика ЭФМС, в том числе в отношении финансирования. При заключении договоров ЭФМС нацеливал производителей на более активное применение амбулаторных методов лечения и амбулаторных операций. Реорганизация больничного сектора с созданием сетей в трех крупнейших городских центрах (2001 г.) была направлена на повышение экономической эффективности, и первые результаты свидетельствуют о том, что эта цель достигнута (41). Система возмещения затрат на лекарства была довольно разорительной для ЭФМС до тех пор, пока в 2002 г. не было законодательно разрешено возмещать затраты, исходя из цен на непатентованные препараты, в результате чего в следующем году расходы ЭФМС на лекарства снизились на 13%.

Подотчетность ЭФМС и медицинских учреждений

ЭФМС ежегодно проводит опросы общественного мнения о доступности и качестве медицинской помощи и удовлетворенности услугами семейных врачей, специалистов, стоматологов, а также стационарной помощью. Результаты публикуются на сайте ЭФМС. В 2003 г. доступностью медицинской помощи были довольны 52% опрошенных, а 56% — ее качеством (24). Довольных было значительно больше среди тех, кто действительно обратился в этот год к врачу: 85% опрошенных были удовлетворены полученной помощью. И ЭФМС, и Министерство социального обеспечения считают одной из своих главных задач повышение уровня удовлетворенности качеством и доступностью медицинской помощи.

Наделение ЭФМС статусом независимой организации, а производителей услуг — статусом частноправовых организаций было связано с некоторым риском утраты контроля со стороны государства. В частности, было непонятно, как обеспечить, чтобы эти независимые организации в своей деятельности руководствовались целями государственной политики здравоохранения. При подготовке закона о придании ЭФМС статуса самоуправляемой организации большое внимание уделялось обеспечению ее подотчетности перед государством. Например, министр социального обеспечения автоматически является председателем совета ЭФМС, и к ЭФМС предъявляются строгие требования по публичной отчетности о своей деятельности, чего не скажешь о действующих процедурах отчетности в государственных больницах.

Исследования, касающиеся соблюдения прав пациентов, пока не проводились.

Вклад системы здравоохранения в улучшение здоровья населения

На нынешнее состояние здоровья населения повлияли политические и экономические реформы начала 1990-х годов, перемены в образе жизни и системе здравоохранения. Политические и экономические изменения усугубили неравенство с точки зрения состояния здоровья. Тем не менее состояние здоровья и показатели работы системы здравоохранения в Эстонии лучше, чем в других бывших республиках СССР. Средняя продолжительность жизни женщин к 1996 г. превысила свой дореформенный пик, а средняя продолжительность жизни мужчин, по расчетам, достигнет максимального дореформенного уровня в 2004—2005 гг. Между тем во многих бывших республиках Советского Союза продолжительность жизни остается намного ниже уровня 1980-х годов, а кое-где даже сокращается. Изменения в образе жизни стали предметом научного исследования (42). См. также «Общие сведения».

Преобразования в сфере здравоохранения способствовали улучшению состояния здоровья населения, в основном благодаря повышению доступности лекарственных средств. Например, благодаря доступности контрацептивов и консультированию подростков по вопросам репродуктивного здоровья число абортов в целом снизилось на 69%, а в возрастной группе моложе 20 лет — на 50%; наличие психотропных средств позволило амбулаторно лечить многих психически больных; в результате семикратного роста потребления современных противоязвенных средств в 1993—1995 гг. за два года число операций по поводу язвенной болезни сократилось на 33% (43). Вместе с тем многократный рост расходов на препараты для лечения сердечно-сосудистых заболеваний не привел к соответствующему снижению заболеваемости и смертности. Медицинская помощь, например удаление катаракты и протезирование суставов, сильно влияет на качество жизни. Сегодня система здравоохранения предлагает более широкий ассортимент услуг, чем в начале 1990-х годов.

Заключение

Система здравоохранения устойчиво работала на протяжении 1990-х годов несмотря на небольшую долю расходов на здравоохранение в валовом внутреннем продукте (в последние годы — примерно 5,5%). Однако платежи населения постепенно росли и сегодня на их долю приходится почти четверть всех расходов на здравоохранение.

Ограничение государственных расходов послужило толчком к реформам по рационализации системы медицинского обслуживания, в частности за счет укрепления первичного звена здравоохранения, введения регулируемого доступа к специализированной помощи и изменения системы финансирования производителей. При этом необходимо было обеспечить доступ

ность и качество услуг. Новые методы финансирования, самостоятельность в управлении и слияние больниц в крупных городах должны были повысить отдачу вложенных средств в больничном секторе.

В начале 1990-х годов централизованному планированию медицинской помощи и подготовке кадров для здравоохранения не уделялось должного внимания. Система оказалась не приспособлена к той степени децентрализации, которая была осуществлена на первом этапе реформ. Однако к концу 1990-х годов Министерство социального обеспечения вновь взяло на себя функцию планирования медицинской помощи на уровне страны.

Ряд задач пока остаются нерешенными. В их числе — разработка специальных мер по уменьшению различий в состоянии здоровья и отношении к своему здоровью, обуздание эпидемии ВИЧ-инфекции и преодоление ее последствий, совершенствование регулирования деятельности независимых больниц в целях повышения их ответственности перед государством и обществом; увеличение доли ВВП, расходуемой на здравоохранение. Последнее особенно актуально в связи с растущими ожиданиями пациентов, а также требованиями повышения заработной платы медикам, так как если придерживаться принципов солидарности и справедливости, то рост расходов должен быть обеспечен за счет государственных источников финансирования.

Список сокращений

ВВП — валовой внутренний продукт
ВИЧ — вирус иммунодефицита человека
ВОЗ — Всемирная организация здравоохранения
ЕС — Европейский союз
МКБ — Международная классификация болезней
СНГ — Содружество Независимых Государств
СПИД — синдром приобретенного иммунодефицита
СССР — Союз Советских Социалистических Республик
США — Соединенные Штаты Америки
ЭФМС — Эстонский фонд медицинского страхования

Информация по системе здравоохранения Эстонии в интернете

Эстонский фонд медицинского страхования (ЭФМС)	http://www.haigekassa.ee
Эстонский союз врачей	http://www.arstideliit.ee
Эстонское общество семейных врачей	http://www.meremed.mp.cut.ee/eps
Министерство образования	http://www.hm.ee
Министерство иностранных дел	http://www.vm.ee
Министерство социального обеспечения	http://www.sm.ee
Государственное агентство по лекарственным средствам	http://www.sam.ee
Эстонское статистическое управление	http://www.stat.ee
Тартуский университет	http://www.ut.ee

Литература

1. World development indicators. Washington, DC, World Bank, 2004 (<http://www.devdata.worldbank.org/dataonline>, accessed 15 July 2004).
2. Statistikaamet: Statistical Office of Estonia [web site]. Statistical Office of Estonia, 2004 (<http://www.stat.ee>, accessed 15 July 2004).
3. Global corruption report 2003. Berlin, Transparency International, 2003.
4. Global corruption report 2002. Berlin, Transparency International, 2002 (<http://www.transparency.org>, accessed 15 June 2004).
5. National health accounts 2003 [in Estonian]. Tallinn, Ministry of Social Affairs, 2003.
6. Leinsalu M. Troubled transitions: social variation and long-term trends in health and mortality in Estonia. Stockholm, Centre for Health Equity Studies (CHESS), 2004 (Health Equity Studies No. 2).
7. The world health report 2002: reducing risks, promoting healthy life. Geneva, World Health Organization, 2002.
8. Kunst A et al. Social inequalities in health in Estonia. Tallinn, Ministry of Social Affairs, 2002 (<http://www.sm.ee>, accessed 15 July 2004).
9. Sant M et al. EURO CARE 3: survival of cancer patients diagnosed 1990-94 — results and commentary. *Annals of Oncology*, 2003, 14 (Suppl. 5):61-118.
10. Health behaviour among the Estonian adult population: surveys 1998, 2000, 2002. Tallinn, Estonian Centre for Health Education and Promotion, 2002.
11. *National health accounts 1999 [in Estonian]*. Tallinn, Ministry of Social Affairs, 1999.
12. *National health accounts 2001 [in Estonian]*. Tallinn, Ministry of Social Affairs, 2001.
13. *National health accounts 2002 [in Estonian]*. Tallinn, Ministry of Social Affairs, 2002.
14. *Data on characteristics of the insured [unpublished]*. Tallinn, Estonian Health Insurance Fund (EHIF), 2004.

15. *Data on cash benefits [unpublished]*. Tallinn, Estonian Health Insurance Fund (EHIF), 2003.
16. *List of health services [unpublished]*. Tallinn, Estonian Health Insurance Fund (EHIF), 2004.
17. *Health Insurance Act [in Estonian]*. Tallinn, Government of Estonia, 2002.
18. Emor. *Public satisfaction with health care in 2001 [in Estonian]*. Tallinn, Estonian Health Insurance Fund (EHIF), 2001 (<http://www.haigekassa.ee/haigekassa/uuringud>, accessed 15 January 2004).
19. *Curbing system leakages: the health sector and licensing in Estonia*. Tallinn, Community Information, Empowerment and Transparency (CIET) International, 2002.
20. *Terms of insurance*. Tallinn, BICO Insurance Company, 2003.
21. European health for all database (HFA-DB) [online database]. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2004 (<http://www.euro.who.int/hfadb>, accessed 15 July 2004).
22. *National health accounts 2004 [in Estonian]*. Tallinn, Ministry of Social Affairs, 2004.
23. European health for all database (HFA-DB) [online database]. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2003 (<http://www.euro.who.int/hfadb>, accessed 15 July 2003).
24. TNS Emor. *Public satisfaction with health care in 2003 [in Estonian]*. Tallinn, Estonian Health Insurance Fund (EHIF), 2003 (http://www.haigekassa.ee/files/est_haigekassa_uuringud, accessed 15 January 2004).
25. *Press release on waiting times [in Estonian]*. Tallinn, Estonian Health Insurance Fund (EHIF), 2004 (<http://www.haigekassa.ee>).
26. *Development plan for psychiatry in Estonia [in Estonian]*. Tallinn, Estonian Psychiatrists' Association, 2001.
27. Lehtmeets A. [Unpublished data.] *Mental Health Finance Reform Initiative, Tallinn, 10-11 April 2003*.
28. *Mental health policy framework document [in Estonian]*. Tallinn, Government of Estonia, 2003.
29. Habicht T, Thetloff M. *Financing of mental health in Estonia*. Tallinn, PRAXIS Center for Policy Studies, 2003.
30. *EHIF annual reports, 1997-2003*. Tallinn, Estonian Health Insurance Fund (EHIF), 2003.
31. *Social sector in figures [in Estonian and English]*. Tallinn, Ministry of Social Affairs, 2003.
32. *Continuous medical education and retraining of medical personnel in Estonia [in Estonian]*. Tallinn, Ministry of Social Affairs, 2002.

33. Kallaste E, Võrk A, Priinits M. *Migration intentions of health professionals: the case of Estonia*. Tallinn, PRAXIS Center for Policy Studies, 2004 (available in Estonian at <http://www.praxis.ee>).
34. Kalda R. *Structure and outcome of family practice quality in the changing health care system of Estonia* [dissertation]. Tartu, University of Tartu, 2001.
35. Kalda R, Põlluste K, Lember M. Patient satisfaction with care is associated with personal choice of physician. *Health Policy*, 2003, 64(1):55-62.
36. Põlluste K, Kalda R, Lember M. Primary health care system in transition: the patient's experience. *International Journal for Quality in Health Care*, 2000, 12(6):503-509.
37. Ravimiamet: State Agency of Medicines [web site]. Tallinn, State Agency of Medicines (SAM), 2004 (<http://www.sam.ee>, accessed 15 July 2004).
38. Eesti Haigekassa: Estonian Health Insurance Fund [web site]. Tallinn, Estonian Health Insurance Fund (EHIF), 2004 (<http://www.haigekassa.ee>, accessed 15 July 2004).
39. *Survey of hourly salary of hospital health care staff [in Estonian]*. Tallinn, Ministry of Social Affairs, 2004 (<http://www.sm.ee>, accessed 15 July 2004).
40. *Statute of the Ministry of Social Affairs*. Tallinn, Ministry of Social Affairs, 2004.
41. Jesse M. Presentation of preliminary results from an evaluation. *First Joint ECA-MENA Health Conference, Kemer, Turkey, 27-30 September 2004*.
42. Kiiwet R, Harro J, eds. *Health in Estonia 1991-2000*. Tallinn, Paar OÜ, 2002.
43. Kiiwet RA et al. Ulcer surgery in Estonia, a consequence of drug delay? *Lancet*, 1998, 351(9096):146.

Системы здравоохранения: время перемен

Серия обзоров, подготовленных Европейской обсерваторией по системам здравоохранения

Обзоры серии «Системы здравоохранения: время перемен» содержат всесторонний анализ систем здравоохранения отдельных стран, а также реформ здравоохранения, проводимых или разрабатываемых. Обзоры призваны предоставить информацию для сравнения и помочь руководителям и исследователям совершенствовать и преобразовывать здравоохранение в странах Европы и за ее пределами. Обзоры представляют собой элементы единого целого, которые позволяют:

- подробно узнать о различных методах финансирования, организации и предоставления медицинских услуг;
- точно описать развитие, содержание и проведение реформ здравоохранения;
- обозначить характерные трудности, а также области, которые требуют более глубокого исследования;
- предоставить руководителям и исследователям европейских стран возможность делиться сведениями о здравоохранении и обмениваться опытом его реформ.

Как получить обзор

Все обзоры (в формате PDF) можно найти на сайте www.observatory.dk. Там же можно подписаться на рассылку ежемесячно обновляемых материалов о деятельности Европейской обсерватории по системам здравоохранения, включая новые обзоры систем здравоохранения, книги из серии совместных публикаций с издательствами Open University Press (на английском) и «Весь мир» (на русском), политические сводки, информационный бюллетень «EuroObserver» и журнал «EuroHealth». Печатный экземпляр обзора заказывайте по адресу

info@obs.euro.who.int
или по телефону (+45) 39 17 17 17.



На сегодня опубликованы обзоры по следующим странам:

Австралия (2002)
 Австрия (2001^а)
 Азербайджан (1996, 2004)
 Албания (1999, 2002^{а,ж})
 Андорра (2004)
 Армения (1996, 2001*)
 Беларусь (1997)
 Бельгия (2000)
 Болгария (1999, 2003^б)
 Босния и Герцеговина (2002*)
 Бывшая югославская республика Македония (2000)
 Великобритания (1999*)
 Венгрия (1999, 2004)
 Германия (2000^а, 2004^а)
 Греция (1996)
 Грузия (2002^{в,ж})
 Дания (2001)
 Израиль (2003)
 Исландия (2003)
 Испания (1996, 2000^г)
 Италия (2001)
 Казахстан (1999*)
 Канада (1996)
 Кипр (2004)
 Кыргызстан (1996, 2000*)
 Латвия (1996, 2001)
 Литва (1996, 2000)
 Люксембург (1999)
 Мальта (1999)
 Молдова (1996, 2002*)
 Нидерланды (2004)
 Новая Зеландия (2002)
 Норвегия (2000)
 Польша (1999)
 Португалия (1999, 2004)
 Россия (1998, 2003*)
 Румыния (1996, 2000^е)
 Словакия (1996, 2000, 2004)
 Словения (1996, 2002)
 Таджикистан (1996, 2000)
 Туркмения (1996, 2000)
 Турция (1996, 2002^{ж,з})
 Узбекистан (2001*)
 Украина (2004*)
 Финляндия (1996, 2002)
 Франция (2004^и)
 Хорватия (1999)
 Чешская республика (1996, 2000)
 Швейцария (2000)
 Швеция (1996, 2001)
 Эстония (1996, 2000, 2004)

Примечание

Все обзоры изложены на английском языке.
Переводы на другие языки помечены:

- ^а албанский
- ^б болгарский
- ^в грузинский
- ^г испанский
- ^д немецкий
- ^е румынский
- ^ж русский
- ^з турецкий
- ^и французский