

Реферат обзора

Чешская республика

Государственный строй и новейшая политическая история

С 1948 по 1989 г. Чехословакия была социалистическим государством. В 1992 г. принят закон о прекращении существования ЧСФР, и 1 января 1993 г. образована Чешская республика — многопартийное парламентское демократическое государство, возглавляемое президентом.

Население

В 1999 г. численность населения составляла 10 280 000 человек; 65% населения проживает в городах. В 1994 г. впервые с 1918 г. смертность превысила рождаемость, и с тех пор численность населения сокращается. По состоянию здоровья населения Чешская республика занимает одно из первых мест среди стран Центральной и Восточной Европы.

Средняя продолжительность жизни, детская и материнская смертность

В 1998 г. средняя продолжительность жизни мужчин составляла 71,1 года, женщин — 78,1 года. Детская смертность в Чешской республике меньше, чем в большинстве стран Центральной и Восточной Европы, но больше, чем в странах Западной Европы (5,2‰ в 1998 г.).

Основные причины смерти

Основной причиной смерти остаются сердечно-сосудистые заболевания, особенно ишемическая болезнь сердца, хотя в последние годы смертность от них снизилась. Общая смертность в Чешской республике выше, чем в странах Европейского союза.

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



ЕС — Европейский союз

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

Новейшая история системы здравоохранения

До 1990 г. система здравоохранения была централизованной и строилась на принципах Семашко. В 1990—1991 г. в здравоохранении произошли разительные пере-

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

мены: многие ограничения были сняты, начало развиваться обязательное медико-социальное страхование, при котором несколько фондов медицинского страхования финансируют поставщиков медицинских услуг на договорной основе.

Направления реформ

В конце 1980-х и начале 1990-х гг. растущее беспокойство по поводу неэффективности системы здравоохранения и необходимость улучшить социальное положение медицинских работников заставили прибегнуть к реформам: была введена система оплаты в зависимости от объема предоставленных медицинских услуг, медицинские учреждения стали переходить в частную собственность. Но реформы имели и неблагоприятные последствия, такие, как избыточность медицинского обслуживания, особенно специализированного, нехватка средств. Кроме того, не было налажено регулирование новой системы здравоохранения. Чтобы справиться с этими трудностями, предполагается упорядочить доступ к специализированному медицинскому обслуживанию, внедрить систему оплаты стационарного лечения по клинико-затратным группам и сократить число врачей-специалистов.

Финансирование здравоохранения и ВВП

В 1998 г. объем финансирования здравоохранения составил 7,2% ВВП (это больше, чем в среднем в странах Центральной и Восточной Европы, но меньше, чем в среднем в странах Западной Европы).

Краткое содержание реферата

Прежняя система здравоохранения была построена на принципах Семашко. На смену ей пришла модель Бисмарка, основанная на социальном страховании. Обязательное медико-социальное страхование

охватывает все население и четко разделяет финансирующие организации и поставщиков медицинских услуг. Медицинское обслуживание предоставляется как государственными, так и частными медицинскими учреждениями. Многие врачи занимаются частной практикой и работают по договорам с фондами медицинского страхования, которые предоставляют застрахованным основной набор медицинских услуг и конкурируют между собой. В последние годы чешское здравоохранение претерпело стремительные изменения. Предстоит преодолеть еще немало трудностей, но успехов на этом пути больше, чем неудач.

Структура и управление

Чешская система здравоохранения имеет три отличительные черты: 1) обязательное медицинское страхование, финансируемое частными лицами, работодателями и государством; 2) разнообразие форм собственности (амбулаторные учреждения преимущественно частные, больницы находятся как в государственной, так и в частной собственности; все они работают по договорам с фондами медицинского страхования); 3) организация и оплата медицинского обслуживания обсуждаются на переговорах между основными участниками рынка медицинских услуг.

Государство гарантирует всем своим гражданам медицинское обслуживание и медицинское страхование, входит в наблюдательные советы страховых фондов. Хотя эти гарантии закреплены в конституции, правительство не имеет в своем арсенале достаточно средств, чтобы обеспечить выполнение государственных обязательств.

Министерство здравоохранения отвечает за разработку законодательной базы, научно-исследовательскую работу, лицензирование лекарственных средств и медицинских технологий. Кроме того, оно уп-

равляет университетскими клиниками и двумя институтами повышения квалификации медицинского персонала. Кроме того, министерство организует переговоры между участниками рынка медицинских услуг и принимает решение в тех случаях, когда на переговорах не удастся прийти к согласию.

На сегодняшний день насчитывается девять фондов медицинского страхования, которые собирают взносы, заключают контракты с медицинскими учреждениями и оплачивают предоставленные медицинские услуги. Самый крупный из фондов — Всеобщий фонд медицинского страхования.

В районных органах власти существуют службы здравоохранения, однако их законодательные и финансовые полномочия четко не определены. Районные службы здравоохранения отвечают за организацию медицинского обслуживания и следят, чтобы оно было доступным всему населению.

Децентрализация медицинского обслуживания осуществлялась главным образом за счет развития частного сектора. Подавляющее большинство учреждений первичного медицинского обслуживания, санаториев, фармацевтических компаний и аптек частные. Некоторые поликлиники и небольшие больницы тоже переданы в частную собственность, однако большинство больниц, особенно крупных, до сих пор принадлежат государству.

Планирование, нормирование и управление

Между фондами медицинского страхования, поставщиками медицинских услуг (больницы и их ассоциации, частные врачи) и палатами медицинских работников (врачебная палата, фармацевтическая палата, палата стоматологов) регулярно проходят переговоры. На переговорах обсуждаются: 1) покрываемый обязательным страхованием набор медицинских услуг и оценка каждой услуги в баллах; 2) стоимость балла, в соответствии с которой производятся выплаты; 3) орга-

низация медицинского обслуживания. Результаты обсуждения утверждает правительство, которое следит за тем, чтобы они отвечали требованиям закона и государственным нуждам. Переговоры между основными участниками рынка медицинских услуг — основа чешской системы здравоохранения.

Финансирование и затраты

Финансирование здравоохранения

Основной источник финансирования (80,5%) — обязательное медицинское страхование.

Система медицинского страхования

По закону страховые взносы рассчитываются как доля заработной платы до вычета налогов: работники платят 4,5%, работодатели — 9%. Максимальные размеры страхового взноса ограничены, поэтому с ростом дохода он увеличивается лишь до определенного уровня. Частные предприниматели платят 13,5% от 35% прибыли; законом установлен минимальный взнос для этой категории населения.

За неработающих (а это более 50% застрахованных) Министерство финансов выплачивает 13,5% от 80% минимальной заработной платы.

Налоги

Налоги — второй по важности источник финансирования; их доля в 1988 г. составляла 11,4%. За счет налогов оплачиваются как общегосударственные, так и местные (районные и муниципальные) расходы, например, на санитарно-эпидемиологический надзор, обучение медицинских работников, капитальные вложения в больницы и т. д.

Дополнительные источники финансирования

На платные медицинские услуги в 1998 г. приходилось 8% расходов на здравоохранение.

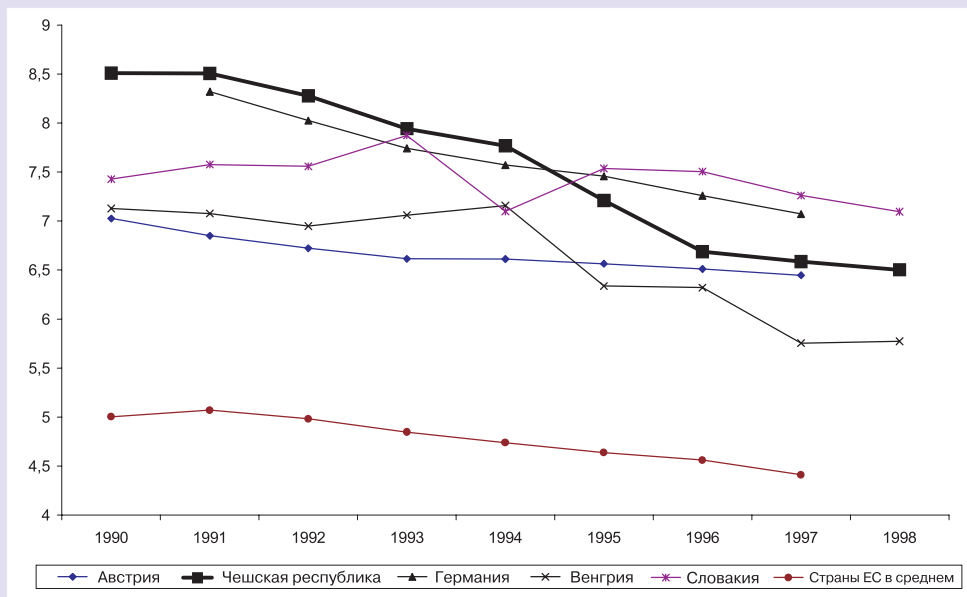
Набор медицинских услуг

Медицинское обслуживание оплачивается фондами медицинского страхования, а пособие по болезни — государственным фондом социального обеспечения, который не входит в государственный бюджет. Набор покрываемых обязательным страхованием медицинских услуг достаточно широк и включает практически все лечебные и профилактические вмешательства. Этот набор в деталях определяют на переговорах между фондами медицинского страхования, медицинскими учре-

ждениями, палатами медицинских работников, научно-исследовательскими организациями и ассоциациями больных.

Медицинское страхование покрывает (частично или полностью) следующие услуги: профилактические и диагностические вмешательства; амбулаторное и стационарное лечение (в том числе реабилитация и лечение хронических заболеваний); транспортировку больных, санаторно-курортное лечение (если оно назначено врачом). Из этого набора исключены косметические операции, некоторые виды стоматологической помощи (например, протезирование), ряд других услуг по протезированию, очки, слуховые аппараты. Социальная помощь не покрывается медицинским страхованием и оплачивается отчасти больными, отчасти — Министерством социального обеспечения.

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



ЕС — Европейский союз

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

Затраты на здравоохранение

Одна из самых ярких особенностей реформ — быстрый рост расходов на здравоохранение, особенно после введения медицинского страхования.

В 1998 г. объем финансирования здравоохранения составил 7,2% ВВП. Это больше, чем в среднем в странах Центральной и Восточной Европы (5,4% ВВП), но меньше, чем в среднем в странах Западной Европы (8,5% ВВП). Доля государственных затрат (92%) меньше, чем в большинстве других стран Центральной и Восточной Европы, но больше, чем в странах Западной Европы с развитой системой социального страхования. Наибольшая доля расходов приходится на стационарное лечение и лекарственные средства. Затраты на лекарственные средства существенно превышают средние по странам, входящим в

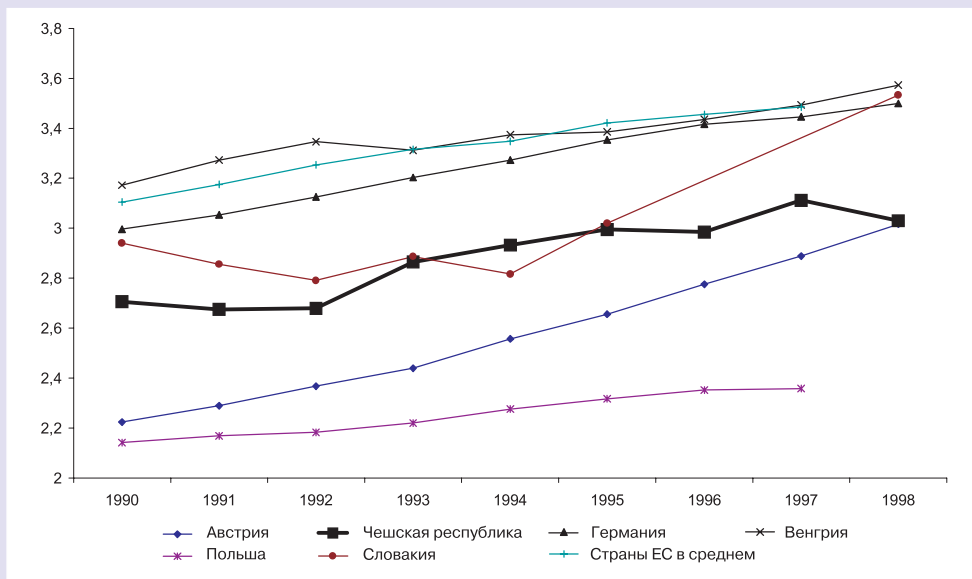
Организацию экономического сотрудничества и развития.

Медицинское обслуживание

Общественное здравоохранение

Гигиенические станции отвечают за санитарно-эпидемиологический надзор, материально-техническое обеспечение иммунизации, безопасность окружающей среды, продуктов питания и т. д. Общественным здравоохранением занимаются не только гигиенические станции. Так, учреждения первичной медицинской помощи проводят профилактические мероприятия (в том числе иммунизацию) и обеспечивают дородо-

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



ЕС — Европейский союз

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

вое наблюдение. Программы по укреплению здоровья населения и санитарному просвещению обычно организует и финансирует Министерство здравоохранения. В 1992 г. в рамках Государственной программы по восстановлению и укреплению здоровья населения были установлены государственные приоритеты в области здравоохранения, а в 1995 г. была разработана долгосрочная государственная программа развития здравоохранения. Массовые обследования взрослых в эти программы не включены.

Первичное медицинское обслуживание

Первичное медицинское обслуживание организовано на уровне районов, а за предоставление населению всех необходимых медицинских услуг отвечают районные службы здравоохранения. Жители района выбирают, у какого врача общей практики они будут наблюдаться, и могут менять врача каждые 6 мес. По данным за 1998 г., один врач общей практики обслуживал примерно 1780 жителей старше 15 лет, а педиатр — 1170 детей. Число обращений за медицинской помощью в Чешской республике — одно из самых высоких в Европе (4,4 в год).

В 1994 г. частной практикой занимались примерно 80% врачей в сфере первичного медицинского обслуживания и 90% стоматологов; к 1999 г. доля частнопрактикующих врачей превысила 95%. Большинство врачей общей практики, заключивших договор с фондами медицинского страхования, работают самостоятельно в поликлиниках или муниципальных центрах первичной медицинской помощи и оплачивают аренду помещений. Такие центры достаточно хорошо оснащены. Значительная часть работы врача общей практики заключается в выдаче больничных листов, но сейчас принимаются меры по расширению его полномочий.

Специализированное медицинское обслуживание

Специализированное амбулаторное меди-

цинское обслуживание предоставляется частнопрактикующими врачами, поликлиниками и амбулаторными отделениями больниц. Все они работают по договорам с фондами медицинского страхования. Доступ к специализированному медицинскому обслуживанию не регулируется.

Все стационары можно разделить на три уровня: 1) университетские и региональные, 2) районные, 3) местные. Больницы находятся как в государственной, так и в частной собственности. Общегосударственные только 27 крупнейших больниц (13%). Частные больницы (30%) преимущественно небольшие, на них приходится всего 9% коечного фонда.

Во главе больницы стоит директор. До недавнего времени это были в основном врачи, но сейчас директорами все чаще становятся менеджеры или экономисты. Директор напрямую подчиняется муниципалитету или Министерству здравоохранения; в настоящее время предлагается создать для этой цели специальные советы или комитеты.

В целом стационары находятся в хорошем состоянии. Почти все местные и районные больницы новые или в течение последних 20 лет были капитально отремонтированы. Состояние университетских клиник и региональных больниц хуже: некоторые из них старые, а новые обременены долгами.

Разработана долгосрочная программа постепенного сокращения коечного фонда, основная цель которой — уменьшить количество обычных коек и увеличить число коек для больных с хроническими заболеваниями. В 1998 г. общее число коек снизилось до 8,6 на 1000 населения (на 20% по сравнению с 1990 г.). Средняя продолжительность госпитализации сократилась еще больше — с 12,5 до 8,8 дня, но пока превышает соответствующий показатель в большинстве стран Западной Европы. Хотя коечный фонд в Чешской республике сокращался быстрее, чем в других странах Центральной и Восточной Европы, он по-прежнему остается одним из самых больших. В то же время средняя занятость койки в Чешской республике сравнительно низкая.

В 1997 г. Министерство здравоохранения приступило к выполнению программы, цель которой — сократить число учреждений специализированной медицинской помощи и реорганизовать стационарное лечение, используя вместо него более дешевые виды медицинского обслуживания (например, амбулаторные операции, уход на дому).

Медико-социальная помощь

Население Чешской республики недостаточно обеспечено медико-социальной помощью. Основная трудность в ее организации — отсутствие взаимодействия между частными, общегосударственными, муниципальными и другими учреждениями. К тому же здравоохранение и социальное обеспечение финансируются из разных источников. Средства на медико-социальную помощь выделяют из районного или муниципального бюджета. Фонды медицинского страхования оплачивают только медицинское обслуживание. Хотя в последние годы социальное обеспечение несколько улучшилось, многие задачи еще не решены.

Так, больных с хроническими психическими расстройствами часто помещают в больницу на многие годы или даже на всю жизнь. Причины тому — недостаточное внимание, уделяемое организации ухода за такими больными, и отсутствие согласованности между системами медицинской и социальной помощи.

В дома престарелых, финансируемые из государственного бюджета, большая очередь, а качество ухода в них существенно различается.

Большим достижением стало создание в начале 1990-х гг. системы комплексной помощи на дому, которая предусматривает организацию первичного медицинского обслуживания и социальной помощи на дому. Объем такой помощи зависит от состояния здоровья и социальных условий.

Медицинские кадры и обучение медицинских работников

Число врачей и среднего медицинского

персонала в Чешской республике выше, чем в других странах Центральной и Восточной Европы, но сравнимо с таковым в странах Европейского союза в среднем (в 1998 г. эти показатели составляли 3 и 8,9 на 1000 населения соответственно).

В то же время кое-где (в основном в городах) медицинских сестер не хватает, а врачей слишком много. В среднем врачи молоды, две трети из них — специалисты. Число специалистов планируется сократить, организовав их переподготовку, например, для работы в сфере общественно-го здравоохранения.

Заработная плата врачей в два раза превышает средний доход населения. Частнопрактикующие врачи получают в 4 раза больше. Тем не менее врачи по-прежнему не удовлетворены своими доходами.

За обучение врачей и среднего медицинского персонала в высших учебных заведениях отвечает Министерство образования; последипломное образование находится в ведении Министерства здравоохранения. Учебные планы университетов постепенно меняются: большее внимание уделяется навыкам управления и подготовке врачей общей практики. Подготовлены новые законы, призванные привести правовую основу обучения медицинских работников в соответствие с нормами Европейского союза.

Лекарственные средства

Министерство здравоохранения совместно с Министерством финансов и Всеобщим фондом медицинского страхования занимается лицензированием лекарственных средств и определяет, затраты на какие препараты и медицинские приспособления подлежат возмещению страховыми фондами.

Все лекарственные средства, назначаемые амбулаторно, делятся на три категории. В первую входят самые дешевые из равноэффективных аналогов жизненно необходимых препаратов (многие из них производятся в самой Чешской республике). Затраты на них полностью возмещаются страховыми фондами. Препараты из

второй и третьей категории полностью или частично оплачиваются больными; возмещается только стоимость непатентованного аналога. Существует и базовый перечень препаратов для больниц.

Фармацевтическая промышленность играет очень важную роль в чешском здравоохранении. В последние годы она практически полностью перешла в частную собственность. Вызывает беспокойство рост затрат на лекарственные средства: с 1995 г. эти затраты составляют около 25% всех расходов на здравоохранение. Предпринят ряд мер по сокращению расходов: например, некоторые препараты может выписать только специалист.

Сокращению расходов способствовало и введение в 1995 г. системы базовых цен на лекарственные средства. Ставки возмещения затрат рассчитываются исходя из количества действующего вещества в препарате.

Условия возмещения расходов на лекарственные средства определяет закон, а ставки возмещения устанавливает принятое в 1997 г. «Постановление о лекарственных средствах». Постановление регулярно обновляется в соответствии с рекомендациями внешнего консультативного совета Министерства здравоохранения. Министерство финансов определяет базовые цены, а также наценки аптек и оптовых продавцов. На основании вышеперечисленных решений Всеобщий фонд медицинского страхования публикует список лекарственных средств, расходы на которые подлежат возмещению.

В регламентировании расходов на лекарственные средства участвуют и фонды медицинского страхования. Фонды устанавливают максимальный уровень затрат, при превышении которого могут налагать штрафы на медицинские учреждения.

В дальнейшем необходимо продолжать сокращение расходов на лекарственные средства, ввести более подробное распределение препаратов по категориям, разделить систему оплаты за препараты, назначаемые амбулаторно и в стационаре; следить, чтобы лекарственные средства, включенные в затраты стационара, не выписывались

амбулаторно; поощрять более рациональное использование лекарственных средств медицинскими учреждениями.

Медицинские технологии

Лекарственные средства и медицинские технологии регистрируются Институтом по контролю за лекарственными средствами и медицинскими технологиями, который напрямую подчиняется Министерству здравоохранения. Хотя институт занимается оценкой эффективности медицинских технологий и затрат на них, в целом эта оценка находится в зачаточном состоянии. Организации, которая оценивала бы новые медицинские технологии, пока не существует.

Распределение средств

Важнейшую роль в распределении финансовых ресурсов играют страховые фонды, поскольку они собирают и расходуют около 90% предназначенных для здравоохранения государственных средств.

Благодаря происшедшим в последние годы изменениям в финансировании больниц, оплате труда врачей общей практики и врачей-специалистов медицинские учреждения уже не заинтересованы в оказании ненужных дорогостоящих услуг. В то же время общий объем финансирования здравоохранения остался прежним, а доход некоторых групп врачей даже увеличился.

Поначалу оплата зависела только от объема оказанных услуг. Каждая услуга оценивалась в баллах; максимальную стоимость балла устанавливало Министерство финансов. Общая сумма выплат, в отличие от объема услуг, была ограничена, поэтому с увеличением последнего стоимость балла снижалась. Чтобы компенсировать это снижение, медицинские учреждения оказывали все больше и больше услуг. Ограничения на объем предоставляемых услуг были впервые введены в 1994 г. С 1997 г.

эти ограничения стали более четкими, начали развиваться новые схемы финансирования. Теперь стоимость балла определяется на переговорах между фондами медицинского страхования и медицинскими учреждениями, а результаты переговоров утверждает Министерство финансов.

Финансирование больниц

С середины 1997 г. введена новая схема финансирования больниц на основе бюджета, рассчитанного за тот же период прошлого календарного года с учетом инфляции. Новая схема финансирования призвана устранить недостатки прежней системы оплаты, основанной на балльных оценках медицинских услуг. С помощью балльных оценок определяют, соответствует ли объем работы стационара объему финансирования.

В настоящее время в 19 больницах проходит эксперимент по внедрению комбинированной схемы финансирования с учетом клинико-затратных групп.

Капитальные затраты должны покрываться из выплат страховых фондов. В то же время университетские и региональные больницы получают средства на капитальные вложения из государственного бюджета, а многие районные больницы — от муниципалитетов. Эти источники финансирования доступны только государственным учреждениям, поэтому в будущем может возникнуть вопрос о том, каким образом обеспечить равные условия для всех поставщиков медицинских услуг, независимо от форм собственности.

Заработная плата врачей

Система оплаты труда врачей, работающих в государственных учреждениях, и частнопрактикующих врачей разная. Первые получают фиксированную заработную плату, превышающую среднюю по стране; заработок вторых зависит от объема оказанных услуг.

В 1997 г. Министерство здравоохранения и Всеобщий фонд медицинского страхования предприняли попытку разорвать

порочный круг, при котором объем медицинских услуг, определяющий заработную плату, постоянно возрастал.

Для врачей общей практики ввели комбинированную оплату: за каждого больного (70%) и за оказанные услуги — профилактические и просветительные мероприятия (30%).

Работа врачей-специалистов в амбулаторных учреждениях с 1997 г. оплачивается ежеквартально. Для получения всей суммы врач должен предоставить в текущем квартале не менее 70% услуг, оказанных за тот же квартал прошлого года. После введения новой системы оплаты объем амбулаторных услуг сократился примерно на 20%, то есть прежняя схема финансирования способствовала избыточности медицинского обслуживания.

В 1998 г. специализированная амбулаторная медицинская помощь стала вновь оплачиваться в зависимости от предоставленных услуг, но их объем теперь ограничен, а стоимость балла зависит от продолжительности рабочего дня врача.

Амбулаторные отделения больниц получают от страховых фондов возмещение в виде общей суммы, выплачиваемой ежеквартально.

Реформы здравоохранения

Реформы здравоохранения — часть глобальных перемен, происходивших в обществе после «бархатной революции» 1989 г. Ведущими направлениями реформ в конце 1980-х и начале 1990-х гг. были отмена жесткого государственного регулирования в здравоохранении, повышение эффективности медицинского обслуживания, улучшение социального положения врачей. Была введена система финансирования в зависимости от предоставленных медицинских услуг, медицинские учреждения стали переходить в частную собственность.

Население поддержало реформы: 70% граждан одобрили приватизацию учреж-

Таблица 1. Показатели работы больниц в странах Европы

Страна	Число больничных коек на 1000 населения	Число госпитализаций на 100 населения	Средняя продолжительность госпитализации (дни)	Средняя занятость койки (%)
Австрия	6,2	27,2	6,3	75,5
Чешская республика	6,3	18,7	8,8	70,7
Германия	6,4 ^а	20,3 ^а	10,7 ^б	81,6 ^б
Венгрия	6,6	22,4	6,7	72,5
Словакия	6,9	18,9	9,4	71,0
Страны Европейского союза в среднем	4,2 ^а	17,1 ^б	8,2 ^б	77,0 ^б

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

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

дений первичного медицинского обслуживания, направленную на повышение его качества.

Чешскому здравоохранению предстоит преодолеть немало трудностей. Одна из них — недостаток финансовых средств и долги. В последние годы многие страховые фонды обанкротились. С одной стороны, в этом виновато финансирование медицинской помощи, которое зависело от объема медицинских услуг. С другой стороны, фонды возмещали затраты на услуги, не входившие в основной набор. Среди других трудностей — избыток врачей-специалистов в амбулаторных учреждениях, неудовлетворенность медицинских работников заработной платой, необходимость сдерживать рост затрат на здравоохранение, обеспечение права больных, создание новых механизмов управления. Кроме того, нужно завершить текущие реформы, приняв ряд законов. Требуют внимания и такие вопросы, как гарантии качества медицинского обслуживания, аккредитация медицинских учреждений, усиление системы общественного здравоохранения, реформа последипломного образования, оценка медицинских технологий, приведение законодательной базы в соответствие с нормами Европейского союза.

Заключение

Чешское здравоохранение претерпело стремительные изменения и продолжает развиваться. Некоторые реформы породили новые трудности. Так, врачи пытались увеличить свой доход, предоставляя излишние услуги, поскольку оплата зависела от их объема. Сомнительные материальные стимулы и плохо отлаженное регулирование привели к финансовым трудностям и банкротству многих страховых фондов. Некоторые из этих трудностей уже преодолены: сокращено число больничных коек и изменена схема возмещения затрат. Другие задачи еще ждут своего решения. Так, предложено наделить врачей общей практики диспетчерскими функциями, чтобы регулировать доступ к специализированному медицинскому обслуживанию; финансировать больницы в соответствии с клинико-затратными группами; сократить число врачей, особенно специалистов и организовать их переподготовку для работы в таких сферах, как общественное здравоохранение и первичное медицинское обслуживание. Началась постепенная замена стационарного лечения менее дорогими видами медицинского обслуживания.

Обзор системы здравоохранения Чешской республики основан на предыдущей версии, подготовленной Петером Струком (работавшим тогда в Министерстве здравоохранения Чешской республики) и Томом Маршаллом (ВОЗ). Неоценимый вклад в подготовку обзора внесли Роман Примула (Военно-медицинская академия им. Пуркинье) и Алена Петракова (Бюро ВОЗ по координации и связям, Чешская республика). Обзор написан и отредактирован Рейнхардом Бюссе (Европейская обсерватория по системам здравоохранения). В редактировании участвовала Уэнди Уисбом (Европейская обсерватория по системам здравоохранения).

Европейская обсерватория по системам здравоохранения выражает благодарность Армину Фидлеру (Всемирный банк) и Мартину Длоуги (экономический факультет Высшей школы экономики) за рецензирование обзора, а Камилу Калине (Чешская ассоциация по исследованию здравоохранения) — за рецензирование обзора и отчет о системе здравоохранения Чешской республики, который был написан совместно с Яном Ярославом и другими коллегами и использовался при подготовке данного обзора.

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

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

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