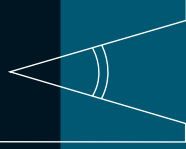




Европейская обсерватория по системам и политике здравоохранения сотрудничает с Европейским региональным бюро ВОЗ, Правительствами Бельгии, Греции, Испании, Норвегии, Финляндии и Швеции, итальянской провинцией Венеция, Европейским инвестиционным банком, Институтом «Открытое общество», Всемирным банком, Лондонской школой экономических и политических наук и Лондонской школой гигиены и тропической медицины.

«Системы здравоохранения: время перемен» — это всесторонние обзоры, созданные по единым стандартам и позволяющие проводить сравнения систем здравоохранения разных стран. Обзоры освещают как современное состояние, так и начавшиеся и будущие реформы систем здравоохранения

ISSN 1020-9077



Чешская республика

Системы здравоохранения: время перемен

Том 7 № 1 2005

Чешская  
республика

Системы  
здравоохранения:  
время перемен

Том 7 № 1 2005



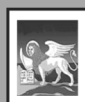
# Системы здравоохранения: время перемен

Авторы:  
**Мартина Рокосова**  
**Петр Гава**

Редакторы:  
**Йонас Шрейёгг**  
**Райнхард Буссе**

## Чешская Республика

## 2005



Европейская обсерватория по системам и политике здравоохранения сотрудничает с Европейским региональным бюро ВОЗ, Правительствами Бельгии, Греции, Испании, Норвегии, Финляндии и Швеции, итальянской провинцией Венеция, Европейским инвестиционным банком, Институтом «Открытое общество», Всемирным банком, Лондонской школой экономических и политических наук и Лондонской школой гигиены и тропической медицины.

**Ключевые слова:**

МЕДИЦИНСКОЕ ОБСЛУЖИВАНИЕ  
ИССЛЕДОВАНИЯ  
ФИНАНСИРОВАНИЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ  
РЕФОРМА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ  
ПРИНЦИПЫ ОРГАНИЗАЦИИ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ —  
структура и управление  
ЧЕШСКАЯ РЕСПУБЛИКА

© **Всемирная организация здравоохранения от имени Европейской обсерватории по системам и политике здравоохранения, 2005.**

Все права защищены.

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:

Publications  
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)

Обзор содержит точки зрения только его авторов, не всегда совпадающие с решениями и официальной политикой Европейской обсерватории по системам и политике здравоохранения и ее членов.

Определения и подача материала данного обзора не отражают взгляды какого бы то ни было отделения или члена Европейской обсерватории по системам и политике здравоохранения на правовой статус страны, района, области, города и их властей, равно как и на определение их границ. 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 или 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.

**Исходный документ:**

Rokosova M, Nava P, Schreyogg J, Busse R. Health care systems in transition: Czech Republic. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies, 2005.

# СОДЕРЖАНИЕ

<b>Предисловие</b> .....	v
<b>Благодарности</b> .....	vii
<b>Введение и история</b> .....	1
Общие сведения .....	1
История .....	10
<b>Структура и управление</b> .....	13
Структура системы здравоохранения .....	13
Планирование, нормирование и управление .....	19
Децентрализация системы здравоохранения .....	22
<b>Финансирование и затраты</b> .....	25
Основная система финансирования .....	25
Набор медицинских услуг .....	27
Дополнительные источники финансирования .....	29
Затраты на здравоохранение .....	32
<b>Медицинское обслуживание</b> .....	41
Первичное медицинское обслуживание .....	42
Специализированное и высокоспециализированное медицинское обслуживание .....	46
Медико-социальная помощь .....	51
Медицинские кадры и обучение .....	55
Лекарственные средства и медицинские технологии .....	62
<b>Распределение средств</b> .....	65
Бюджет здравоохранения и распределение средств .....	65
Финансирование больниц .....	67
Оплата труда врачей .....	69
<b>Реформы здравоохранения</b> .....	71
Проведение реформ .....	71
Цели и задачи .....	72
<b>Заключение</b> .....	75
<b>Приложения</b> .....	79
<b>Литература</b> .....	89
<b>Дополнительная литература</b> .....	91

**Европейская обсерватория по системам и политике здравоохранения:**

Европейское региональное бюро ВОЗ

Правительство Бельгии

Правительство Греции

Правительство Испании

Правительство Норвегии

Правительство Финляндии

Правительство Швеции

Провинция Венеция, Италия

Европейский инвестиционный банк

Институт «Открытое общество»

Всемирный банк

Лондонская школа экономических и политических наук

Лондонская школа гигиены и тропической медицины

## Предисловие

**К**аждый обзор из серии «Системы здравоохранения: время перемен» содержит всесторонний анализ системы здравоохранения отдельной страны, а также реформ здравоохранения, проводимых или разрабатываемых. Обзоры служат основой деятельности Европейской обсерватории по системам и политике здравоохранения.

Обзоры здравоохранения стран переходного периода призваны предоставить информацию для сравнения и помочь руководителям и исследователям совершенствовать и преобразовывать здравоохранение в странах Европы и за ее пределами. Обзоры представляют собой составные 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.

В каждой стране над созданием обзора работают местные специалисты вместе с научными руководителями и сотрудниками Европейской обсерватории по системам и политике здравоохранения. Чтобы данные обзоров разных стран были сопоставимы, разработаны и регулярно обновляются стандартные правила и план составления обзора — подробное руководство и перечень вопросов, определений и примеров. Это руководство не является жестким и позволяет авторам учитывать особенности своей страны.

Составление обзоров сопряжено с рядом методических сложностей. Во многих странах относительно немного данных о здравоохранении и результатах реформ. Из-за отсутствия единой базы данных количественные показатели получают из разных источников: в первую очередь это база данных «Здоровье для всех» Европейского регионального бюро ВОЗ, медицинская база данных Организации экономического сотрудничества и развития (ОЭСР), Всемирный банк. Иногда составители обзоров используют разные

методы сбора данных и определения, но в каждой серии обзоров они обычно одинаковы.

Обзоры служат источником описательных данных о системах здравоохранения и дают руководителям возможность извлекать уроки из международного опыта. В обзорах также содержатся все данные для глубокого сравнительного анализа разных систем здравоохранения. Выпуск обзоров продолжается, и все сведения будут регулярно обновляться. Мы будем благодарны за замечания и предложения по совершенствованию работы над обзорами; направить их можно по адресу: [info@obs.euro.who.int](mailto:info@obs.euro.who.int). Обзоры, выдержки из обзоров и словарь терминов, используемых в обзорах, можно найти на сайте Европейской обсерватории по системам и политике здравоохранения: [www.euro.who.int/observatory](http://www.euro.who.int/observatory).

## Благодарности

Обзор «Системы здравоохранения: время перемен. Чешская Республика, 2005» написан Мартиной Рокосовой и Петром Гавой (Институт политики и экономики здравоохранения, Прага). Редактор — Йонас Шрейёгг, научный руководитель — Райнхард Буссе (оба из Европейской обсерватории по системам и политике здравоохранения, Берлинский технический университет).

За основу этой работы взяты обзор здравоохранения Чешской Республики, написанный в 2000 г. Райнхардом Буссе при участии Уэнди Уисбом (Европейская обсерватория по системам и политике здравоохранения), и еще более ранняя версия, созданная Петером Струком (работавшим тогда в Министерстве здравоохранения Чешской Республики) и Томом Маршаллом (ВОЗ). Неоценимый вклад в создание предыдущих обзоров внесли также Роман Примула (Военно-Медицинская академия имени Пуркинье) и Алена Петракова (Бюро ВОЗ по координации и связям, Чешская Республика).

Европейская обсерватория по системам и политике здравоохранения благодарит Алену Петракову (штаб-квартира ВОЗ) и Мукеша Чаулу (Всемирный банк) за рецензирование обзора. Мы признательны также Министерству здравоохранения Чешской Республики.

Серия обзоров «Системы здравоохранения: время перемен» подготовлена научными руководителями и сотрудниками Европейской обсерватории по системам и политике здравоохранения. Европейская обсерватория по системам и политике здравоохранения сотрудничает с Европейским региональным бюро ВОЗ, правительствами Бельгии, Греции, Испании, Норвегии, Финляндии и Швеции, итальянской провинцией Венеция, Европейским инвестиционным банком, Институтом «Открытое общество», Всемирным банком, Лондонской школой экономических и политических наук и Лондонской школой гигиены и тропической медицины.

В Европейской обсерватории по системам и политике здравоохранения группа создателей обзоров работает под руководством генерального секретаря Джозепа Фигераса; научные руководители — Мартин Мак-Ки, Элиас Моссиалос и Ричард Солтман.

Координатор проекта — Сюзанн Гросс-Тebb; изданием и тиражированием обзора руководила Франсин Равенэй при участии Ширли и Йоганнеса



Фредериксенов (верстка) и Джанет Барбер (редактирование). Административную поддержку при подготовке обзора здравоохранения Чешской Республики оказывали Каролина Уайт и Питер Херрулен.

Отдельную благодарность авторы выражают: Европейскому региональному бюро ВОЗ за предоставление сведений по медицинскому обслуживанию из базы данных «Здоровье для всех»; Организации экономического сотрудничества и развития (ОЭСР) — за предоставление данных о здравоохранении в странах Западной Европы; Всемирному банку — за предоставление данных о затратах на здравоохранение в странах Центральной и Восточной Европы. Авторы также благодарят государственные статистические службы за предоставление официальных данных.

Данный обзор и приведенные в нем сведения характеризуют ситуацию, сложившуюся к февралю 2005 г.

# Введение и история

## Общие сведения

### Политика и экономика

**Ч**ешская Республика расположена в центре Европы (рис. 1). Она занимает площадь 78 867 км<sup>2</sup> и граничит с Германией (на западе), с Польшей (на севере), со Словакией (на востоке) и с Австрией (на юге). Западная область страны называется Богемией, а в восточную входят Моравия и часть бывшей Силезии. До 1918 г. эти территории входили в Австро-Венгерскую империю. Когда после Первой мировой войны империя распалась, они объединились со Словакией, образовав новое государство — Чехословакию. Оно просуществовало до 1938 г., когда в результате Мюнхенского соглашения было разделено на части. Богемия и Моравия были оккупированы Германией с 1939 по 1945 г. После Второй мировой войны государство Чехословакия было восстановлено, а в 1948 г. к власти там пришли коммунисты. Короткий период либерализации, начавшийся в конце 1960-х гг., закончился в 1968 г., когда в страну были введены войска Варшавского договора. В 1989 г. началась демократизация, что привело к свободным выборам в 1990 г. В 1992 г. Чехия и Словакия официально отделились друг от друга, и 1 января 1993 г. образовалась Чешская Республика.

Чешская Республика входит в ОЭСР с декабря 1995 г., в НАТО — с февраля 1999 г. и в Европейский союз (ЕС) — с мая 2004 г.

Государственное устройство Чешской Республики — многопартийная парламентская демократия. Глава государства — президент, избираемый сроком на 5 лет. В настоящее время этот пост занимает Вацлав Клаус. Согласно конституции, все новые законодательные акты, которые вносит правительство (конституция, законы, постановления и т. д.), утверждаются двухпалатным парламентом. В палате депутатов 200 мест; депутаты избираются на 4 года. В сенате 81 место, сенаторы избираются на 6 лет. Нынешнее правительство — коалиция, возглавляемая Чешской социал-демократической партией. Премьер-министр с августа 2004 г. — Станислав Гросс. Четыре вице-преьера отвечают за взаимодействие между министерствами. Правительство вносит в парламент проекты новых законодательных актов, в том

Рисунок 1. Карта Чешской Республики



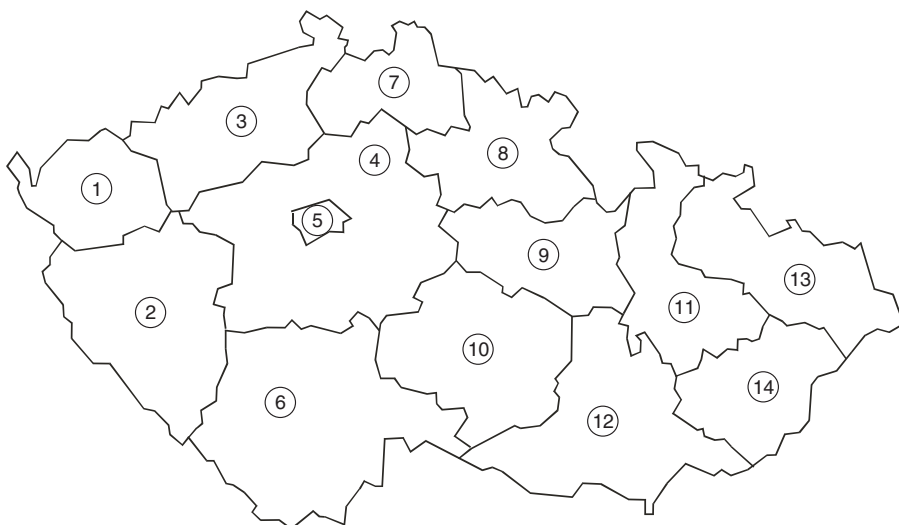
Источник: Картографический отдел ООН.

числе и в области здравоохранения (обычно это делает министр здравоохранения). С 1989 г. сменилось 11 министров здравоохранения.

С 1 января 2000 г. страна официально разделена на 14 краев (рис. 2). Парламент утвердил следующую административную структуру, которая должна привести чешское законодательство в соответствие с законами ЕС:

- Чешская Республика в целом;
- территориальные единицы ЕС (восемь);
- края (14);
- муниципалитеты/местные власти.

В плане развития государственного управления особенно важным стал период с 1999 по 2002 г., поскольку в это время началась давно задуманная реформа, касавшаяся передачи части властных полномочий краевым органам самоуправления. Иными словами, началась модернизация и децентрализация управления. В 2000 г. состоялись выборы правительств краев. Часть полномочий центрального правительства перешла к вновь созданным краевым администрациям. В начале 2003 г. края получили дополнительные полномочия, в том числе в области здравоохранения. К краевым администрациям перешла часть функций бывших районных органов управления (см. раздел «Структура и управление»).

**Рисунок 2. Деление Чешской Республики на края (начиная с 1 января 2000 г.)**

- |                  |                        |
|------------------|------------------------|
| 1. Карловарский  | 8. Краловеградецкий    |
| 2. Пльзеньский   | 9. Пардубицкий         |
| 3. Устецкий      | 10. Высочина           |
| 4. Среднечешский | 11. Оломоуцкий         |
| 5. Прага         | 12. Южно-моравский     |
| 6. Южно-чешский  | 13. Моравско-силезский |
| 7. Либерецкий    | 14. Злинский           |

Карта подготовлена редакторами.

Перед вступлением в ЕС требовалось привести чешское законодательство в соответствие с юридическими нормами ЕС. Этот процесс был успешно завершен до окончания переговоров, предшествовавших вступлению Чехии в ЕС в мае 2004 г. При этом была также заложена правовая основа преобразования экономики и повышения ее эффективности.

Важным политическим моментом стало также принятие страны в НАТО и участие чешской армии в некоторых операциях Северо-Атлантического союза.

Сейчас можно сказать, что экономика вышла из спада, наступившего в период первой большой волны приватизации в начале 1990-х гг. Валовой внутренний продукт (ВВП), который до 1993 г. резко снижался, наконец начал расти. К 2002 г. ВВП на душу населения достиг 15 600 долларов США (в паритетах покупательной способности), что составило 42% от уровня ВВП США и 59% от уровня ВВП Германии. Важной составляющей в росте ВВП явилось внутреннее потребление (табл. 1).

Однако в чешской экономике сохраняется ряд серьезных проблем. Не все благополучно, например, с пенсиями по старости. Средняя пенсия в реаль-

Таблица 1. Динамика основных экономических показателей

Показатель		1990	1993	1995	1999	2000	2001	2002
Валовой внутренний продукт, %	За 100% принят по-казатель 1990 г.	100	88	95,3	98	101,2	104,3	106,4
Внутреннее потребление, %	За 100% принят по-казатель 1990 г.	100	86	96,7	106,9	109,4	113,6	118
Индекс потреби-тельских цен	Годовое измене-ние, %	–	–	+9,2	+2,1	+4,310	+4,7	+1,8
Безработица	Число безработных от числа экономи-чески активного на-селения, %	0,7	3,5	2,9	9,4	8,8	8,9	9,8
Реальная зара-ботная плата, %	За 100% принят по-казатель 1990 г.	100	84,2	98,7	114,5	117,3	122,1	–

Источники: Показатели социального и экономического развития Чешской Республики, Чешская статистическая служба (ČSÚ, Český statistický úřad), 2002 г., и собственные расчеты авторов, основанные на данных ČSÚ.

ном выражении еще не достигла уровня 1989 г. и в 2001 г. составляла только 92,4% от него. Другой острый вопрос — рост безработицы. В 2002 г. безработные составляли 9,81% трудоспособного населения.

Тревожное явление — растущий дефицит бюджета и рост государственного долга; главные причины этого — затраты на перестройку, реструктуризацию и модернизацию экономики и рост вынужденных бюджетных расходов.

## Демографические показатели и здоровье населения

На 1 июля 2002 г. население Чешской Республики составляло 10,2 миллиона человек (4,96 миллиона мужчин и 5,24 миллиона женщин), из них около 65% жили в городах. Плотность населения равнялась 129 человек на км<sup>2</sup>. Подавляющее большинство населения составляли чехи (94%), в стране жили также словаки (1,9%), поляки (0,5%) и немцы (0,4%). Католики составляли 26,8% населения, но большинство (около 59%) считали себя атеистами [1].

Из табл. 2 видно, что с 2001 по 2002 г. население уменьшилось на 86 тыс. человек. Естественный прирост был отрицательным и составлял –1,5‰. Смертность (10,6‰) превышала рождаемость (9,1‰), несмотря даже на то, что рождаемость выросла (вероятно, в силу «детского бума» 1970 гг.). В целом, население с 1994 г. сокращается. Особенно важно то, что общий коэффициент фертильности в 2002 г. составил лишь 1,18, а значит, был ниже уровня, необходимого для простого воспроизводства населения (2,1). Заметно снизилась детская смертность. Это снижение наблюдается уже много лет, в 2000 г. достигнут показатель 4,1 на 1000 родившихся живыми детей. Это один из самых низких показателей в Европе.

За последние 10 лет численность детского населения (0–14 лет) в Чешской Республике снизилась почти на четверть. В 1991 г. доля детей в населении

Таблица 2. Основные демографические показатели

Показатель	1970	1980	1985	1990	1995	2000	2001	2002
Население, млн. чел.	9,8	10,33	10,34	10,33	10,33	10,27	10,29	10,2
Рождаемость, ‰	15,08	14,89	13,14	12,6	9,3	8,85	8,87	9,1
Смертность, ‰	12,6	13,1	12,7	12,46	11,41	10,61	10,54	10,61
Детская смертность, ‰	20,2	16,9	12,5	10,8	7,7	4,1	3,97	4,15
Общий коэффициент фертильности, ‰	1,93	2,1	1,97	1,89	1,28	1,16	1,15	1,18
Продолжительность жизни мужчин, годы	66,18 <sup>a</sup>	66,84	67,46	67,63	69,76	71,75	72,12	72,15
Продолжительность жизни женщин, годы	73,33 <sup>a</sup>	73,97	74,7	75,54	76,81	78,6	78,66	78,79

Источник: база данных «Здоровье для всех» Европейского регионального бюро ВОЗ, октябрь 2004 г.; данные Института медицинской информации и статистики Чешской Республики (UZIS, Ústav zdravotnických informací a statistiky České republiky).

Примечание: <sup>a</sup> данные за 1971 г.

страны была выше, чем в среднем в странах, вступивших в ЕС до 1 мая 2004 г. (20,8% против 18,3%). В 2001 г. она была уже ниже, чем показатель ЕС за 2000 г. (16,1% против 17,0%). Сравнение со странами, вступившими в ЕС до 1 мая 2004 г., показывает также, что доля старейшей возрастной группы (65 лет и старше) в Чешской Республике ниже, чем в среднем в ЕС, — в 2001 г. она составляла 13,8%, а в ЕС в 2000 г. — 16,0%. В целом, есть четкие признаки старения населения Чешской Республики, хотя демографическая ситуация здесь пока еще благоприятнее, чем в странах, входивших в ЕС до 1 мая 2004 г. [2].

Средняя продолжительность жизни растет и в 2002 г. достигла 72,15 года для мужчин и 78,79 года для женщин (для сравнения: средние показатели 1986—1990 гг. составляли 67,7 года для мужчин и 74,8 года для женщин). Этот прирост — самый высокий в ЕС. Тем не менее продолжительность жизни в Чешской Республике все еще отстает от средней в странах — членах ЕС до 1 мая 2004 г. (в 2000 г. — 75,57 года для мужчин и 81,74 года для женщин).

Общая смертность в последние годы снизилась, но она пока значительно выше, чем в странах, вступивших в ЕС до 1 мая 2004 г. (рис. 3), и в скандинавских странах.

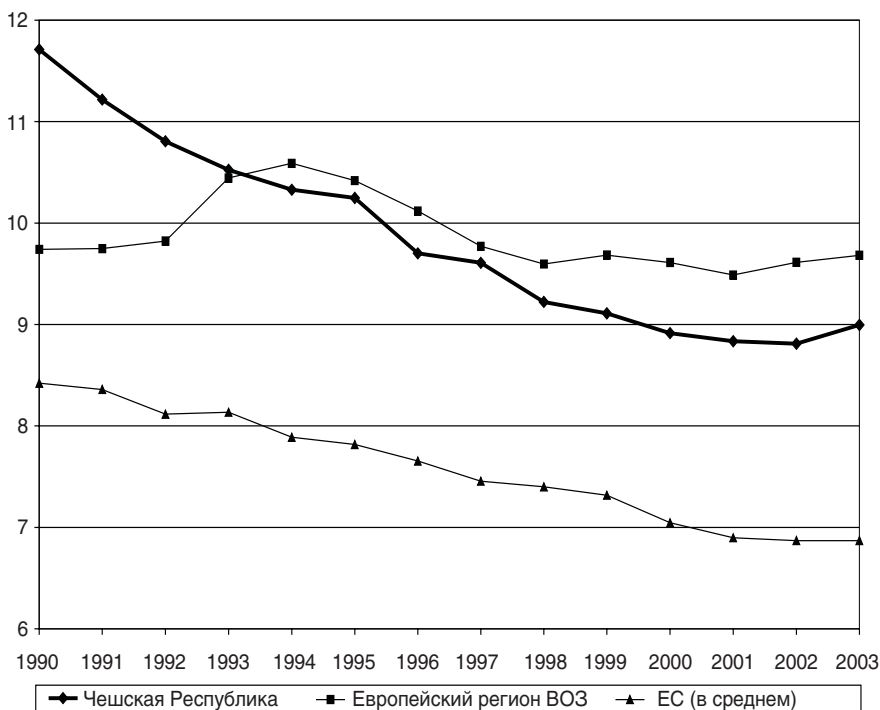
Как и в других развитых странах, самой распространенной причиной смерти в Чешской Республике являются сердечно-сосудистые заболевания (табл. 3). Смертность от сердечно-сосудистых заболеваний медленно, но стабильно снижается с середины 1980-х гг., как и общий уровень смертности. Общая смертность в прошлом году была чуть ниже средневропейской или, скорее, ниже средней по странам Центральной Европы, однако уровень других стран ЕС и Скандинавии еще далеко не достигнут. Доля смертности от сердечно-сосудистых заболеваний в структуре общей смертности продолжает уменьшаться.

Снижение смертности от сердечно-сосудистых заболеваний впервые стало заметным с начала 1990-х гг., когда этот показатель уменьшился для обо-

их полов, причем в возрастной группе от 0 до 64 лет это уменьшение было более значительным, чем в странах ЕС. Причины этого пока не вполне ясны. Считается, что это следствие распространения после 1989 г. современных методов диагностики и лечения. Лечение стало эффективнее, что «отодвинуло» смерть больных в старшие возрастные группы. Это подтверждается, к примеру, тем, что больничная смертность от сердечно-сосудистых заболеваний упала с 25,2 на 100 тыс. населения в 1986 г. до 12,9 на 100 тыс. в 2000 г. В 1986 г. по этой причине умирал каждый четвертый из попавших в больницу, а в 2000 г. лишь каждый восьмой. Общее число смертей от инсульта за эти годы снизилось с 25 377 в 1986 г. до 17 343 в 2000 г. Это означает, что если в 1986 г. в Чешской Республике каждый час умирали от инсульта три человека, то в 2000 г. — два. Следовательно, смертность от инсульта за последние 15 лет снизилась более чем на 30% [3].

Примерно то же наблюдается в отношении смертности от инфаркта миокарда. Больничная смертность за тот же период снизилась с 17,3 на 100 тыс. населения до 12,5. В 1986 г. от инфаркта миокарда умерло в общей сложности 17 407 человек, что составляло 48 человек в день, т. е. каждые

**Рисунок 3. Общая стандартизованная смертность на 1000 населения**



Источник: база данных «Здоровье для всех» Европейского регионального бюро ВОЗ, январь 2005 г.

полчаса по этой причине в Чешской Республике умирал человек. В 2000 г. от инфаркта миокарда умерли «только» 11 437 человек, что составляло 31 человек в день. Таким образом, смертность от инфаркта миокарда снизилась на треть [4].

Хуже обстоит дело со смертностью от злокачественных новообразований. С 1970 гг. она выше не только по сравнению со странами ЕС или Скандинавией, но также по сравнению со среднеевропейским показателем и средним показателем по центральноевропейским странам. Разница достаточно велика, и пока нет даже намека на улучшение. Единственное исключение — рак молочной железы, где разрыв с другими странами несколько сократился. Хотя заболеваемость раком молочной железы растет, смертность с 1995 г. практически не изменилась. В 1977 г., когда был создан Национальный онкологический реестр, смерть от злокачественных опухолей молочной железы составляла 14,4% всех смертей от злокачественных опухолей у женщин, а в 2000 г. — только 3,6%. Причинами снижения смертности от этой наиболее частой у женщин злокачественной опухоли были ранняя диагностика и более совершенное лечение, рост осведомленности женщин, введение профилактических осмотров и маммографии. С 2002 г. расходы на профилактические мероприятия для всех возрастов, входящих в группу риска, полностью покрываются государственным медицинским страхованием [5].

Смертность от несчастных случаев (третья по распространенности причина) непрерывно снижается. Вызывает, однако, тревогу то, что число не-

**Таблица 3. Динамика смертности от различных причин на 100 000 населения (данные стандартизованы согласно европейскому стандарту)**

Причины	1970	1975	1980	1985	1990	1995	2000	2001	2002
Все причины смерти	1299	1230,1	1269,7	1217,1	1171,2	1024,8	891,5	883,5	881,1
Сердечно-сосудистые заболевания	659,6	638,5	660	676,9	645	559,6	462,5	459,8	456
Злокачественные новообразования	240,8	242,3	244,1	248,4	258,6	252,2	237,8	234,1	233,8
Внешние причины: травмы и отравления	92,2	88,2	85,7	85,8	84,8	76,9	62,4	60,9	60,5
Заболевания органов дыхания	122,2	97,8	106,7	70,2	49,2	43,5	40,2	38	38,2
Заболевания органов пищеварения	48,8	49,7	52,3	45,2	46,7	38,7	36,2	37,4	37,3
Сахарный диабет	—	—	—	—	19,6	7,6	11,2	9,6	9,9
Заболевания крови и органов кроветворения	—	—	—	19,7 <sup>a</sup>	1,5	1	0,7	0,6	0,6
Туберкулез	—	—	—	2,3 <sup>a</sup>	1,9	0,8	1,1	0,8	0,7
Инфекционные и паразитарные заболевания	10,9	8,3	6,1	3,9	4	2,2	2,3	2,6	2,7

Источники: база данных «Здоровье для всех» Европейского регионального бюро ВОЗ, октябрь 2004 г.; данные Института медицинской информации и статистики Чешской Республики (UZIS), 2001 г., 2002 г.

Примечание: <sup>a</sup> данные за 1986 г.



счастливых случаев в результате дорожно-транспортных происшествий среди детей до 14 лет с 1990 по 2001 г. выросло и составляет 24 388.

Очевидны улучшения положения со смертностью от сахарного диабета. Имеющиеся стандартизованные данные говорят о том, что смертность от этой болезни в Чешской Республике значительно снизилась и, несмотря на некоторое ухудшение ситуации в последние четыре года, по этому показателю Чешская Республика все еще опережает другие упоминавшиеся страны.

Хотя смертность от сахарного диабета падает (что, несомненно, говорит о качестве медицинской помощи), заболеваемость сахарным диабетом не снижается. Постоянный рост числа больных диабетом прекратился в 2001 г. — впервые с 1975 г. было зарегистрировано меньше новых больных, чем в предшествующий год. Но лишь будущее покажет, что это — случайность или начало положительных изменений. Доля зарегистрированных больных сахарным диабетом в Чешской Республике составляла в 2001 г. 5,9% для мужчин и 6,8% для женщин, т. е. 636 больных диабетом на 10 тыс. населения. У большинства из них — инсулинонезависимый сахарный диабет.

Что касается заболеваний органов сердечно-сосудистой системы, результаты нескольких независимых исследований говорят о постоянном росте заболеваемости артериальной гипертензией. С этой точки зрения примечательны результаты исследования «MONICA» (Multinational MONItoring of trends and determinants in CARDiovascular disease, Международный мониторинг тенденций и факторов риска при сердечно-сосудистых заболеваниях), которое с середины 1980-х гг. до середины 1990-х гг. проводила ВОЗ. Его данные говорят о том, что в годы наблюдения заболеваемость артериальной гипертензией в Чешской Республике намного превышала средний показатель для всех исследованных стран, причем у обоих полов. Обращает на себя внимание, что у мужчин заболеваемость снижалась на 0,4% в год, в долгосрочном исследовании — даже на 0,9%, а у женщин росла на 2,1% в год, за более длительный период — даже на 4,9%. Распространенность факторов риска также была выше, чем в среднем для всех исследованных стран. У мужчин снижались число курящих (–0,75% в год) и другие факторы риска, включая показатель массы тела (он рос на 0,05% в год), а вот у женщин снижались все показатели, кроме числа курящих (оно росло на 0,32% в год и было на 18% выше, чем средний показатель по странам, где велось наблюдение).

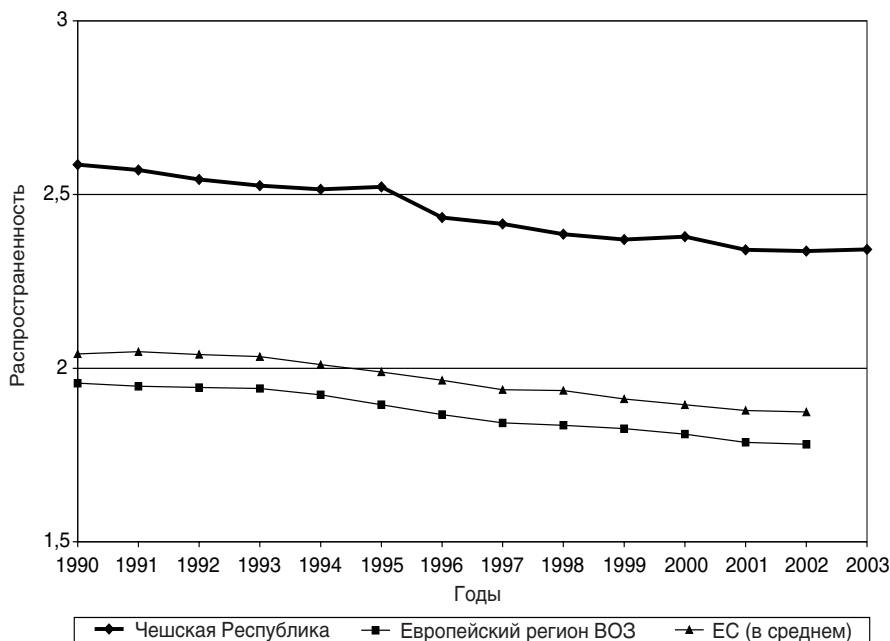
Данные говорят о том, что по темпам роста заболеваемости злокачественными новообразованиями Чешская Республика превосходит не только страны ЕС и Европу в целом (рис. 4), но и скандинавские страны, где ранее этот показатель был самым высоким.

На протяжении длительного времени самыми распространенными онкологическими заболеваниями как у мужчин, так и у женщин были злокачественные новообразования кожи, но смертность от них низка. Второе место по частоте у мужчин занимают опухоли бронхов и легких (88 случаев на 100 тыс. мужчин). Смертность от рака легкого по-прежнему приближается к 100%. Можно надеяться, что уменьшение числа курильщиков, наблюдаемое в последние годы, продолжится и постепенно приведет к снижению заболеваемости раком легкого. У женщин по-прежнему часто встречается рак мо-

лочной железы (88 случаев на 100 тыс. женщин). Особое внимание следует уделить высокой распространенности рака толстой кишки. В этом отношении Чешская Республика, увы, держит первое место в мире: 70 случаев рака толстой кишки на 100 тыс. мужчин и 48 случаев на 100 тыс. женщин. Из-за недостатка эпидемиологических исследований причины этого пока не очень ясны. Помимо генетической предрасположенности не исключено воздействие таких факторов, как национальные особенности питания, курение и неумеренное потребление пива.

Судя по числу обращений в амбулаторные психиатрические учреждения, распространенность психических заболеваний в последние пять лет немного возросла. Годовой прирост в 2000—2002 гг. составлял 4,4% [6]. Женщины составляли 60% больных. При долгосрочной оценке самая обширная группа амбулаторных больных — люди с невротическими расстройствами. Что касается госпитализаций, то тут в 2001 г. самой частой причиной была шизофрения, второе место занимали расстройства, вызванные употреблением алкоголя, а третье — невротические расстройства (84 на 100 тыс. населения). Удивительно, но в том же году, впервые за восемь лет, снизилось число госпитализированных в связи с наркоманией.

**Рисунок 4. Распространенность онкологических заболеваний в Чешской Республике и странах Европы (стандартизовано на 1000 населения)**



Источник: база данных «Здоровье для всех» Европейского регионального бюро ВОЗ, январь 2005 г.

Душевное здоровье населения Чешской Республики характеризуется такими показателями: 71% мужчин и 65% женщин не имеют психических расстройств [7]. Во всех исследованиях эмоциональные нарушения у женщин встречались чаще, чем у мужчин. Уровень душевного благополучия как у мужчин, так и у женщин с возрастом снижается, но прямо пропорционален уровню дохода. Таким образом, можно надеяться, что с повышением уровня жизни, которое ожидается в связи с вступлением страны в ЕС, улучшится душевное благополучие чешских граждан, а следовательно, и качество жизни в целом.

## История

Чехословакия обрела независимость в 1918 г. после Первой мировой войны, когда впервые образовалась Чехословацкая Республика — прямая предшественница нынешней Чешской Республики (образованной 1 января 1993 г.). С этого времени берет начало политика чешского здравоохранения. На нее сильно повлияли традиции Австро-Венгерской империи, в которую до 1918 г. входили чешские земли, — в том числе система социального и медицинского страхования по Бисмарку.

Система социального страхования впервые появилась в 1924 г. После обретения независимости был принят закон о медицинском страховании, по которому наемные работники (более трети населения страны) страховались на случай болезни. Постепенно государственное медицинское страхование дополнялось другими видами страхования и деятельностью благотворительных организаций. Эта система с небольшими видоизменениями продолжала работать до 1951 г.

Вскоре после Второй мировой войны, в 1948 г., в стране произошли существенные политические изменения. В новой «народной демократии» господствовала коммунистическая идеология; политически и экономически Чехословакия оказалась связана с бывшим Советским Союзом. В результате доля национализированной собственности (включая различные формы коллективной собственности) достигла почти 100%. Это сказалось и на здравоохранении.

В то время рассматривались две возможные модели здравоохранения. Одна — общенациональная страховая система, более или менее продолжавшая былые традиции; другая — только что разработанная система «единого государственного здравоохранения».

В 1948 г. была принята первая модель; медицинское и социальное страхование объединились в систему обязательного всеобщего страхования. Был создан Центральный национальный страховой фонд, из которого оплачивались все услуги здравоохранения и пособия по болезни. Страховые взносы, составлявшие 6,8% от размера заработной платы, полностью вносились работодателями.

Четыре года спустя, в январе 1952 г., была введена централизованная система единого государственного здравоохранения. Теперь оно через налоги

полностью финансировалось государством. Вся медицинская помощь предоставлялась бесплатно. Тогда же все учреждения медицинской помощи были национализированы, а затем объединены в краевые и районные институты национального здоровья. В Чехии было 8 краев и 75 районов. В каждом районе был свой институт национального здоровья, и свой — в каждом крае. Каждый институт управлял небольшими больницами, поликлиниками и амбулаторными центрами, аптеками, санитарно-эпидемиологическими станциями, ведомственными поликлиниками, отделениями скорой и неотложной помощи и медицинскими училищами.

Система достаточно эффективно справилась с послевоенными трудностями начала 1950-х гг. Быстро снизились высокая детская смертность, заболеваемость туберкулезом и другими серьезными инфекциями, исчезло недоедание. К началу 1960-х гг. уровень здоровья населения Чехословакии был весьма высок.

С конца 1960-х гг. эти положительные изменения исчерпали себя. Централизованная и слишком жесткая система была не в состоянии гибко решать новые задачи, встающие перед здравоохранением. В первую очередь это касалось проблем, связанных с образом жизни населения и состоянием окружающей среды. Таким образом, с конца 1960-х и до конца 1980-х гг. система здравоохранения не менялась, и показатели состояния здоровья в стране застыли на месте. В 1966 г. был принят Закон об охране народного здоровья; он все еще действует, хотя после 1989 г. туда внесены многие изменения. Непродолжительный период политических реформ в 1968 г., когда была провозглашена федерация Чешской и Словацкой Республик, коснулся здравоохранения лишь тем, что в Чехии и Словакии образовались два отдельных министерства здравоохранения. Сама система осталась прежней.

В 1990—1991 гг., в ходе демократизации, в системе здравоохранения наметились значительные изменения. Был введен принцип свободного выбора медицинского учреждения; упразднены гигантские бюрократические структуры в краях и районах, управлявшие здравоохранением. В 1991 г. были приняты новые законы — особенно следует упомянуть Закон о всеобщем медицинском страховании (No. 550/1991 Coll.) и Закон о фонде всеобщего медицинского страхования (No. 551/1991 Coll.). Здравоохранение обратилось к модели обязательного медицинского страхования, при которой поставщики медицинских услуг финансируются страховыми организациями на основе контрактов.

С начала 1990-х гг. в чешском здравоохранении произошли значительные перемены. Большая часть планов выполнена, причем процесс шел на удивление гладко. Учреждения здравоохранения и система управления ими полностью реконструированы, создана система медицинского страхования. Основаны врачебная палата, палата стоматологов и палата фармацевтов, возрождаются профессиональные объединения врачей, медицинских сестер и других работников здравоохранения. Заново создана система помощи на дому. Одновременно с этим почти полностью приватизированы первичное медицинское обслуживание, фармацевтическая промышленность, аптеки, оздоровительные учреждения, курорты и т. д.

Благодаря либерализации экономики удалось быстро ввести новую систему финансирования здравоохранения и начать приватизацию. С 1992 г. основным источником финансирования стало медицинское страхование. Был основан Фонд всеобщего медицинского страхования (ФВМС), а затем — и другие страховые фонды. В середине 1990-х гг. насчитывалось 27 фондов страхования; к началу 2000 г. их число уменьшилось до девяти. Как государственные, так и частные медицинские учреждения все чаще заключали контракты со страховыми фондами. Оплата услуг производилась в зависимости от их количества. Для удобства оплаты был разработан подробный список медицинских услуг, который постоянно обновлялся путем переговоров между официально уполномоченными партнерами.

Не все реформы имели успех. Были спорные шаги, которые привели к целому ряду трудностей. Одна из них — избыточное назначение медицинских услуг.

На протяжении многих лет медицинские работники были недовольны своими сравнительно низкими доходами, а потому очень многого ждали от реформы. Когда реформа не привела к немедленным финансовым результатам, медики разочаровались и разуверились в ней. В результате они сопротивлялись планам сокращения числа врачей и больничных коек (здесь их особенно поддерживали краевые политические деятели, которые отказывались закрывать местные больницы), что стало для правительства немалой трудностью.

В середине 1990-х гг. стало очевидно, что для решения этих проблем, вызванных быстрой либерализацией системы здравоохранения, потребуются новые механизмы регулирования. Их разработка намного отстала от быстро проходящих реформ, особенно в области финансирования здравоохранения. Потребовалось почти пять лет, чтобы достичь заметного результата. В системе первичной медицинской помощи введена смешанная форма оплаты — по численности обслуживаемого населения и по объему оказанных услуг; был введен новый механизм финансирования больниц; а для амбулаторно работающих специалистов система оплаты по объему оказанных услуг была доработана. Закон No. 48/1997 Coll., утвердивший эти изменения, первоначально был рассчитан лишь на два года, но его действие дважды продлевалось, и наконец, Законом No. 459/2000 Coll. ограничение по времени было отменено. Таким образом, закон 1997 г. продолжает действовать и сегодня.

# Структура и управление

## Структура системы здравоохранения

Основные особенности чешского здравоохранения таковы: социальное медицинское страхование (охватывает все население и финансируется из взносов граждан, работодателей и государства); многообразие форм обслуживания (амбулаторная помощь — в основном частная, а больницы государственные; в обоих случаях поставщики услуг заключают контракты со страховым фондом); совместное обсуждение финансовых вопросов основными заинтересованными сторонами. (Правительство следит за обсуждением и должно одобрить конечный результат; если заинтересованные стороны не в состоянии прийти к соглашению, оно может принять решение само).

На рис. 5. отражены основные элементы чешской системы здравоохранения и их взаимодействие.

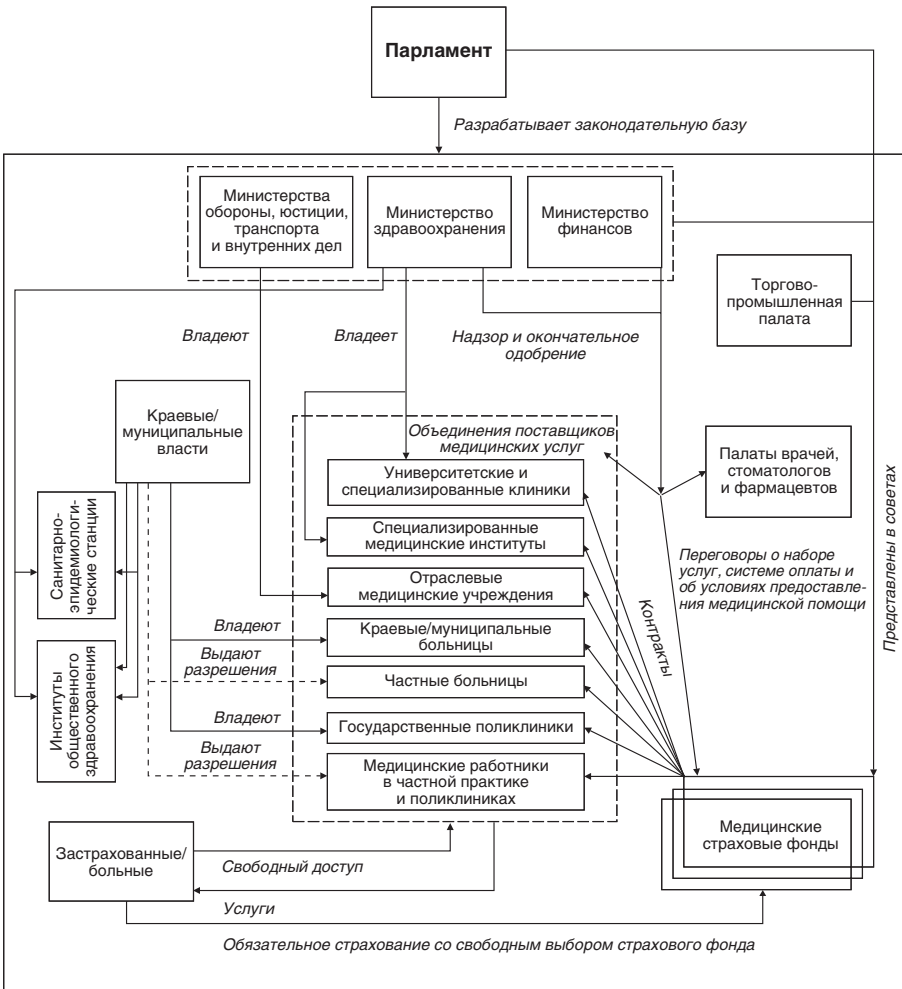
### Центральное правительство

Министерство здравоохранения непосредственно руководит деятельностью некоторых медицинских учреждений и органов охраны общественного здоровья (см. ниже), а кроме того, крупными больницами, сфера деятельности которых охватывает целый край или даже несколько краев.

По закону Министерство здравоохранения является главным руководящим органом. В сферу его деятельности входит:

- организация медицинской помощи;
- охрана общественного здоровья;
- научно-исследовательская работа;
- управление непосредственно подчиненными ему медицинскими учреждениями;
- поиск, охрана и использование природных источников лечебных минеральных вод;
- обеспечение лекарственными средствами и медицинскими технологиями для профилактики, диагностики и лечения заболеваний;
- медицинское страхование;
- информационная система здравоохранения.

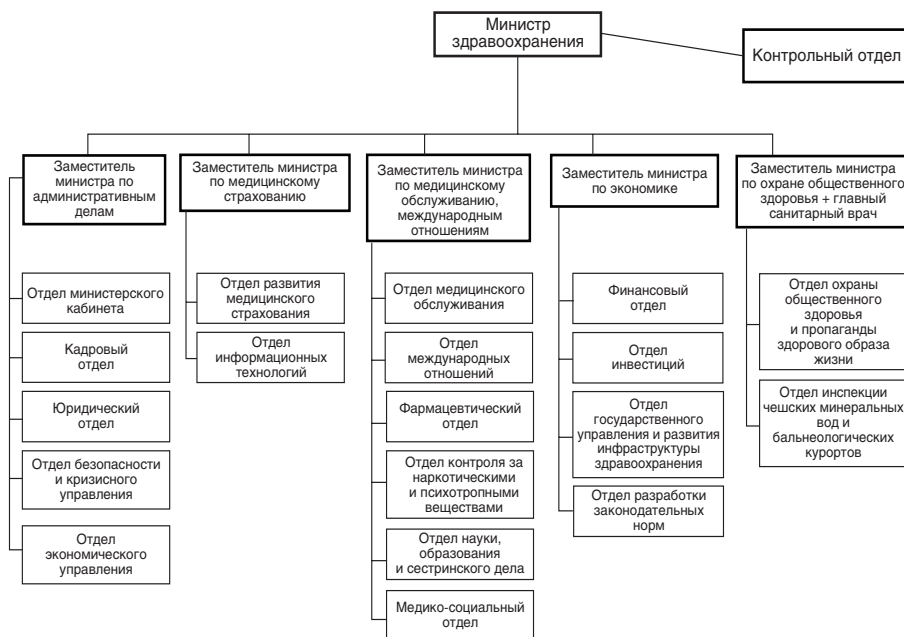
Рисунок 5. Структура системы чешского здравоохранения



Информация подготовлена редакторами обзора.

Возглавляет министерство и отвечает за его деятельность министр. Он может передать часть своих полномочий руководящему персоналу министерства, что, однако, не избавляет его от ответственности за деятельность организации. Структура Министерства здравоохранения и задачи его различных отделов регулируются министерскими нормативами, публикация которых входит в число полномочий министра. Структура министерства (2004 г.) показана на рис. 6.

Рисунок 6. Структура Министерства здравоохранения, 2004 г.



Источник: Министерство здравоохранения, 2005 г.

Министру непосредственно подчиняются заместители, начальник канцелярии, главный санитарный врач страны, директор отдела контроля и глава отдела по связям с общественностью. Отдел по связям с общественностью отвечает за контакты со средствами массовой информации, составляет отчеты о деятельности министерства и разбирает требования о предоставлении информации согласно Закону No. 106/1999 Coll. (О свободном доступе к информации). Отдел контроля отвечает за организацию, управление и координацию контролирующей деятельности министерства и разбирает жалобы; вместе со специализированными отделами он проводит внутренний аудит министерства и открытую проверку деятельности принадлежащих ему организаций, а также проверку деятельности тех, кто получает от государства финансовую помощь. Он руководит финансовой инспекцией в здравоохранении и выпускает методические инструкции, касающиеся финансового контроля деятельности государственных медицинских учреждений. Начальник канцелярии обеспечивает условия для исполнения министром своих обязанностей.

Заместители министра и главный санитарный врач (он тоже является одним из заместителей) представляют министра (в пределах своих полномочий, касающихся конкретных областей их деятельности) и принимают решения при условии, что это не превышает их полномочий. Во время отсутствия министра они заменяют его в указанной им области, принимая на се-



бя все его права и обязанности, за исключением тех, которые согласно законодательству закреплены исключительно за министром, и тех, которые министр сам сохранил за собой. Министр может также создавать консультативные комитеты — но правом принятия решений они не обладают и свои предложения представляют министру. Кроме того, по приказу министра консультативные комитеты могут быть созданы внутри министерства: их деятельность касается управления министерством.

## **Краевые администрации**

Администрации районов были упразднены в конце 2002 г. Часть небольших больниц управляется муниципалитетами. Другие приватизированы и стали коммерческими компаниями, но по-прежнему финансируются государственной страховой системой. Большинство поликлиник и аптек приватизированы. Владельцами многих из них стали врачи и фармацевты. Учреждения, оказывающие амбулаторные услуги, регистрируются согласно Закону No. 160/1992 Coll. (О медицинской помощи в негосударственных учреждениях здравоохранения). Для регистрации необходимо соблюдение определенных условий предоставления медицинских услуг, в противном случае в регистрации может быть отказано. К 2003 г. управление медицинскими учреждениями в основном было передано краевым органам власти. В связи с этим долги больниц, находившихся ранее в ведении центрального правительства, перешли к краевым администрациям.

## **Фонды медицинского страхования**

Медицинская помощь в Чешской Республике оказывается главным образом на основе государственного медицинского страхования; сейчас существует девять страховых фондов. Крупнейший из них — ФВМС — имеет 77 филиалов. Каждый филиал возглавляет директор, который отчитывается перед наблюдательным советом (в него входят три представителя от застрахованных и два — от работодателей) и советом директоров (пять и четыре представителя упомянутых групп соответственно). Представители застрахованных избираются районным собранием, а представители работодателей делегируются районной Торгово-промышленной палатой. Высшим руководящим органом является Ассамблея представителей, которая утверждает ежегодный отчет о деятельности фонда, финансовую документацию и годовой бюджет, прежде чем их окончательно утвердит парламент. Парламент также избирает генерального директора ФВМС. Для выработки планов и принятия решений существует специальный орган — Совет директоров. Он состоит из 30 членов: по 10 от правительства (министерства финансов, здравоохранения и социального обеспечения), застрахованных (избираются парламентом) и работодателей (делегированы Торгово-промышленной палатой). Наблюдательный совет состоит из девяти членов: по три представителя от каждой из упомянутых групп.

В остальных страховых фондах число членов Совета директоров и Наблюдательного совета не предписывается законом, однако места в этих органах должны быть распределены поровну между представителями государства (члены советов назначаются Министерством здравоохранения), застрахованных (избираются парламентом) и работодателей (делегированы Торгово-промышленной палатой). В отличие от ФВМС, директора назначает Совет директоров.

Для того чтобы основать новый медицинский страховой фонд, следует обратиться за разрешением в Министерство здравоохранения и в Министерство финансов. В фонде должны состоять как минимум 50 000 застрахованных. Размер уставного капитала определяется законом.

Право на медицинское страхование имеют все постоянно проживающие в Чешской Республике, а также те, кто не живет постоянно, если их работодатель зарегистрировал свое предприятие в Чехии. Каждый страховой фонд обязан принимать любого клиента, удовлетворяющего критериям государственного медицинского страхования. Остальные могут заключить страховой контракт. Любой застрахованный может раз в год сменить страховой фонд.

Те, кто не имеет права на государственное страхование, могут оформить в ФВМС добровольную медицинскую страховку. Но она носит лишь дополнительный характер. Такой договор можно заключать только с ФВМС: свободный выбор страхового фонда в Чешской Республике в этом случае невозможен. Условия получения такой страховки, покрываемые ею услуги, права и обязанности застрахованных и страховых фондов, механизм выплаты страховых взносов оговорены в Положениях и условиях всеобщего страхования, разработанных ФВМС. Перечень медицинских учреждений, которые оказывают помощь на основе такой добровольной страховки, доступен во всех районных филиалах ФВМС. Предоставление добровольного страхования регулируется Законом о страховании (No. 363/1999 Coll.).

В зависимости от срока, на который клиент хочет оформить добровольную страховку, и от ассортимента услуг, которые она покрывает, покупатель может выбрать краткосрочный либо долгосрочный страховой полис. Краткосрочные полисы (менее 365 дней) подходят для кратковременного пребывания в стране с туристическими или деловыми целями. Долгосрочные полисы (более 365 дней) подходят иностранцам, которые приезжают в страну по визе сроком более чем на 90 дней (не считая случаев, когда она выдается с целью трудоустройства, если их работодатель зарегистрирован в Чешской Республике, — в этом случае они охватываются государственной страховой системой).

Поскольку Чешская Республика теперь входит в ЕС, те, кто застрахован в чешских страховых фондах, согласно европейскому законодательству имеют право на обслуживание в других европейских странах, и наоборот.

## Медицинские учреждения

Сейчас в Чешской Республике более 25 000 поставщиков медицинских услуг (главным образом частный сектор). Это:

- врачи общей практики для взрослых;

- детские и подростковые врачи общей практики;
- гинекологи системы первичной медицинской помощи;
- стоматологи системы первичной медицинской помощи;
- специалисты, ведущие прием амбулаторно;
- больницы;
- другие стационары;
- службы неотложной помощи;
- службы помощи на дому;
- аптеки;
- санитарно-эпидемиологические станции;
- институты общественного здравоохранения.

Министерству здравоохранения принадлежат университетские клиники и медицинские учреждения узкой специализации. До конца 2002 г. большинством больниц в стране руководили районные администрации; с 1 января 2003 г. их полномочия перешли к краевым властям в связи с упразднением районных органов управления здравоохранением. Это стало причиной некоторых трудностей. Они связаны с тем, что полномочия краевых органов управления точно не определены, особенно в области создания медицинской инфраструктуры и наблюдения за качеством медицинской помощи. Правовое положение краев сейчас неясно, поэтому часть краевых администраций пытается превратить больницы в частные коммерческие компании, а другие выжидают, чтобы понять направление развития ситуации. Министерство здравоохранения пока что не добилось юридического единообразия в отношении стационарной помощи. В настоящий момент в Чешской Республике несколько десятков больниц являются компаниями с ограниченной ответственностью.

Помимо больниц стационарным обслуживанием занимаются также специализированные медицинские учреждения, среди которых интернаты для хронических больных, психиатрические больницы, реабилитационные центры, санатории, в том числе ночные, туберкулезные больницы и курорты.

Кроме того, к учреждениям здравоохранения относятся аптеки и учреждения, которые производят лекарственные средства и разрабатывают медицинские технологии.

## **Другие составляющие системы здравоохранения**

Для всех врачей, занятых медицинской или профилактической деятельностью, для стоматологов и для фармацевтов, работающих в аптеке, обязательно членство в одной из профессиональных палат.

Среди важнейших профсоюзных организаций работников здравоохранения в Чешской Республике — Союз работников здравоохранения и социального обеспечения (Odborový svaz zdravotnictví a sociální péče), имеющий краевые отделения, Медицинский клуб — объединение чешских врачей (Lékařský odborový klub — Svaz českých lékařů) и Профессиональный союз работников здравоохранения (Profesní a odborová unie zdravotnických pracovníků).

Ведущей организацией поставщиков фармацевтических продуктов является ассоциация оптовых поставщиков лекарственных средств (*Asociace velkodistributorů léků*). Это добровольная организация, которая была основана в 1993 г. с целью защиты и поддержки интересов своих членов. Сейчас в нее входят четыре оптовые фармацевтические компании, на которые приходится 70% всего объема лекарственных средств, продаваемых в стране. Она представляет своих членов при переговорах с государством, парламентом и другими организациями.

## **Организация общественного здравоохранения**

Среди государственных органов, имеющих отношение к охране общественного здоровья в Чешской Республике, — Министерство здравоохранения, краевые санитарно-эпидемиологические службы, Министерство обороны и Министерство внутренних дел. В Министерстве здравоохранения для решения вопросов, касающихся охраны общественного здоровья, создана должность главного санитарного врача.

Гигиеническая служба с 1 января 2003 г. работает в двух направлениях: руководство работой санитарно-эпидемиологических станций и независимая оценка показателей состояния здоровья (институты общественного здравоохранения). Институты общественного здравоохранения, таким образом, являются лишь своего рода «лабораториями» и не занимаются проверкой и контролем. Верховная исполнительная власть внутри гигиенической службы принадлежит Национальному институту общественного здравоохранения, который проводит специализированные научные исследования, оценивает эффективность оздоровительных мероприятий и ведет просветительскую работу.

## **Планирование, нормирование и управление**

Министерство здравоохранения обеспечивает единое управление государственным здравоохранением, для чего издает регулирующие положения по организации и оказанию медицинской помощи, обязательные для всех; кроме того, оно наблюдает за предоставлением медицинских услуг (статья 70 Закона No. 20/1966 Coll.).

После более чем десятилетнего перерыва местное управление в Чешской Республике вновь передано краевым администрациям. Это создало условия для применения стандартных методов управления (планирование, регулирование, контроль), нужных как на уровне отдельных организаций, так и в самой административной системе. Нынешняя реформа административной системы означает не столько передачу полномочий краевым органам власти, сколько ставит целью повышение квалификации государственного административного персонала и его дальнейшее обучение. Это должно привести к необходимой и отчасти уже запоздалой модернизации.

Медицинские страховые фонды относительно независимы и заключают контракты с поставщиками медицинских услуг. Не считая некоторых особых случаев, медицинские учреждения заключают контракты напрямую с ФВМС — крупнейшим страховым фондом Чешской Республики и с другими фондами. Длительность контракта, как правило, два года.

Согласно законам о медицинском страховании, регулярно — обычно раз в шесть месяцев — проводятся переговоры между медицинскими страховыми фондами, поставщиками услуг (объединения больниц, больницы и частные врачи) и профессиональными объединениями (палатами), на которых обсуждаются такие вопросы, как:

- набор услуг, покрываемых системой обязательного медицинского страхования, и балльная оценка их стоимости;
- денежное выражение балльной оценки (для определения действительной суммы возмещения затрат);
- условия предоставления услуг в основных областях здравоохранения.

Размер оплаты и объем медицинской помощи, оплачиваемой из страховых фондов, устанавливается путем переговоров между представителями ФВМС и других страховых фондов и представителями соответствующих профессиональных объединений поставщиков услуг. Затем правительство оценивает результаты этих переговоров на предмет соответствия закону и общественным интересам. Если принятое решение соответствует всем критериям, оно становится обязательным для медицинских учреждений и страховых фондов. Правительство может также само принять необходимые решения, если согласия при переговорах достичь не удалось.

Перечень медицинских услуг, с числом присвоенных каждой из них баллов, также составляется путем переговоров между представителями страховых компаний, профессиональных объединений поставщиков услуг (представляющих медицинские учреждения, заключающие контракт), утвержденных законом профессиональных объединений, специализированных научных организаций и представителями застрахованных. Затем министерство оценивает соответствие этого перечня законам и общественным интересам.

В 1997 г. начался процесс реорганизации стационарной помощи, который должен справиться с избыточным использованием краткосрочной стационарной помощи. Планировалось сократить коечный фонд в больницах общего профиля, расширить коечный фонд в интернатах для хронических больных и сократить персонал. К этому шагу побуждали прежде всего накопившиеся проблемы в финансовом руководстве больницами.

В 1997 г. возникла необходимость заменить Закон No. 550/1991 Coll. (О всеобщем медицинском страховании) Законом No. 48/1997 Coll. (О медицинском страховании). В проект закона при обсуждении были добавлены статьи 46—52, вводившие так называемые тендеры на медицинские услуги. Все уже существующие и вновь создающиеся медицинские учреждения должны были стать объектом таких тендеров. Но и здесь не удалось избежать просчетов, которые снизили эффективность реорганизации. Возникли противоречия между положениями Закона No. 48/1997 (статьи 46—52) и статья-

ми 42 и 71 Закона No. 20/1966 Coll. (Об охране народного здоровья). Согласно этим положениям, министерство не несет никакой ответственности за исход тендеров; вся ответственность ложится на страховые фонды и их взаимоотношения с поставщиками медицинских услуг.

Теперь за создание сети медицинских учреждений ответственны краевые власти и Министерство здравоохранения. Органы краевого управления в рамках своих полномочий основывают на своих территориях учреждения здравоохранения и руководят ими (за исключением крупных больниц). Они принимают решения о регистрации (или об отказе в ней) негосударственных медицинских учреждений, ведут учет коечного фонда и заключают контракты на предоставление необходимых медицинских услуг службами первой помощи и спасения.

Регулирование амбулаторного обслуживания возложено на систему государственного медицинского страхования. В начале 1990-х гг., в течение двух лет, страховые фонды обязаны были заключать контракты с каждым поставщиком медицинских услуг, который сделал заявку. В середине 1990-х гг. страховые фонды пытались оптимизировать число поставщиков медицинских услуг, но безуспешно. В 1998 г. между Чешской врачебной палатой и директором ФВМС было подписано особое соглашение по сохранению сложившейся ситуации. Между 1990 и 2002 гг. число амбулаторно работающих специалистов выросло вдвое — с 6 специалистов на 1000 населения до 12.

В управлении активами здравоохранения участвует государственный бюджет. Для создания и поддержания материальной базы, а также для совершенствования нематериальных ресурсов здравоохранения создаются программы, определяющие потребности, необходимое финансовое обеспечение и сроки выполнения. Государственный бюджет финансирует программу либо путем целевых выплат (индивидуальные субсидии, общие субсидии, финансовая помощь, подлежащая возмещению), либо обеспечивая государственную гарантию по займам. Степень участия государства в финансировании программы определяется после оценки ее документации. Она должна включать идентификационные данные программы, краткий перечень нужд и источников ее финансирования, цели, включая техническое и экономическое обоснование, и оценку эффективности вложенных средств. Вся информация о программе заносится в Информационную систему по программам управления активами, которой руководит Министерство финансов.

Изменение подхода к планированию, регулированию и управлению в последние несколько лет можно заметить на разных уровнях и в разных областях. На центральном уровне Министерство внутренних дел стремится объединить и стандартизировать доступ к государственным услугам. Возвращение к системе краев и появление краевого законодательства привело к значительному изменению методов планирования. Края разрабатывали планы развития, для чего был принят специальный закон. Методов планирования и управления здравоохранением на краевом уровне много. Однако процесс сильно тормозится неоднозначностью медицинского законодательства на государственном уровне. Края могут очень по-разному развивать здраво-

охранение в зависимости от своей партийной, политической и идеологической ориентации. Примерно треть краев сохраняют весьма либеральные взгляды, им нравится идея коммерциализации больниц. Другие избрали более осторожный подход и, скорее всего, будут применять планирование в здравоохранении.

Та часть законодательной базы, которая разработана другими министерствами, свидетельствует о более высоком уровне их ответственности. Например, задачи Министерства финансов определены Законом No. 218/2000 Coll. (О бюджетных нормах), Регулирующими положениями Министерства финансов No. 40/2001 Coll. (Об участии государственного бюджета в финансировании программ управления активами) и Законом No. 320/2000 Coll. (О финансовом контроле). В 2002—2003 гг. в стране прошла крупная дискуссия о реформе государственных финансов. Вначале речь шла об ограничении государственных расходов, однако очевидно, что в ходе дальнейших реформ следует сосредоточиться на эффективном и рентабельном планировании расходной части бюджета, в соответствии с мировыми тенденциями в экономике [13]. Политические дискуссии о формировании доходной части бюджета (в том числе различные либеральные предложения относительно налоговой реформы) должны принимать во внимание и расходную часть. Такой подход, без сомнения, необходим и в здравоохранении. Следует шире применять опыт развития государственного управления и в регулировании медицинской деятельности, планировании и управлении медицинскими кадрами, создании долгосрочной устойчивости в финансировании и оплате медицинских услуг и т. д.

## Децентрализация системы здравоохранения

### Децентрализация больниц в ходе реформы государственного управления

С началом реформы государственного управления в 1998 г. изменилась законодательная база; это повлияло на положение больниц. С 2000 г. начата децентрализация исполнительной власти — перевод ее с центрального уровня на краевой с расширением полномочий краевой администрации. Районные органы власти были упразднены в начале 2003 г. Их обязанности отчасти перешли к краевым администрациям, а отчасти к муниципалитетам. Это изменило роль государства в управлении здравоохранением, в первую очередь в руководстве бывшими районными больницами.

В ходе второй стадии реформы с 1 января 2003 г. произошли следующие изменения статуса больниц:

- районные больницы, ранее принадлежавшие государству, переданы краям, поэтому изменились законы, регулирующие владение больницами;
- управление районными больницами передано краевым советам, являющимся исполнительными органами краевых администраций.

## **Упразднение районов (1 января 2003 г.) и передача имущества**

Вторая стадия реформы государственного управления состояла в упразднении районов и много значила для организационного и юридического положения чешских больниц. На основании законов No. 157/2000 Coll., No. 290/2002 Coll., No. 10/2001 Coll. и No. 20/1966 Coll. с 1 января 2003 г. больницы были переданы из ведения центрального правительства краям. В конце 2002 г. почти половина всех больниц (82 больницы из 203 или 32 021 койка из 66 784) находилась в районном подчинении, и все они были переданы краям. Теперь краевые правительства владеют и управляют бывшими государственными больницами.

До введения Закона о краях (No. 129/2000 Coll.) районные власти пользовались государственной собственностью в соответствии с Законом No. 219/2000 Coll. (О государственном имуществе Чешской Республики и распоряжении им в соответствии с правовыми нормами). Этот закон гораздо подробнее, полнее и тщательнее нынешнего Закона о краях регулировал использование государственного имущества. Закон No. 219/2000 Coll. (О государственном имуществе Чешской Республики) описывает полномочия, связанные с управлением собственностью и ее приобретением, основные обязательства по распоряжению ею, способы передачи собственности и процедуры, касающиеся выполнения обязательств и механизмов контроля (например, имущество, которым пользуются подразделения или учреждения, не подлежащие процедуре банкротства).

Согласно Закону о краях (No. 129/2000 Coll.) финансовое руководство осуществляют краевые власти (статьи 17—23). Один из основных элементов самоуправления — право единиц самоуправления использовать собственные активы так, как они считают нужным.

## **Изменения в управлении больницами — роль краевых администраций**

Закон No. 290/2002 Coll. ознаменовал начало передачи управления и права собственности от районных властей краевым. Таким образом, изменилось юридическое положение учреждений здравоохранения, которые до 31 декабря 2002 г. являлись государственными организациями. Закон No. 20/1966 Coll. (Об охране народного здоровья) гласит (статья 39), что создание краями учреждений здравоохранения — часть их права на самоуправление, а Закон No. 250/2000 Coll. (О бюджетных нормах для краевых бюджетов) в статье 23 1 закрепляет право краев создавать собственные учреждения, компании, в том числе коммерческие. Закон о краях — No. 129/2000 Coll. (статья 59 (li)) — закрепляет роль краевых советов как исполнительных органов самоуправления в отношении юридических лиц и организаций, основанных краем или переданных ему в подчинение. Краевые власти могут в рамках самоуправления создавать и упразднять на своей территории юридические лица, организации и учреждения. Обычно



край имеет право менять статус своих больниц, например, передавая управление ими коммерческим или некоммерческим компаниям.

Осуществляя самоуправление, края руководствуются законами и подзаконными актами. Государство следит лишь за соблюдением законов, т. к. применение любых других критериев оценки деятельности местных властей ограничит право муниципалитетов и краев на самоуправление. Надзор за деятельностью краевых властей осуществляют соответствующие министерства и другие имеющие на это право центральные органы. Раньше деятельностью районных властей руководило государство, и им приходилось соблюдать не только законы и подзаконные акты, но и правительственные резолюции и директивы. Таким образом, переход больниц из районного подчинения в краевое значительно ограничил возможность государства влиять на их дальнейшее развитие.

Хотя края обладают обширными полномочиями, с 1 января 2003 г. Законом No. 290/2002 Coll. (статья 3) введен блокирующий механизм: больница, переданная краю, должна была продолжать медицинское обслуживание населения в течение по крайней мере 10 лет, если же край хотел закрыть, продать либо приватизировать ее до этого срока, он должен был сначала безвозмездно предложить ее государству (Министерству здравоохранения). Только в том случае, если министерство в течение трех месяцев не принимало предложения, край мог распорядиться имуществом по своему выбору. Постановление Конституционного суда 211/2003 Coll (вошло в силу 1 января 2004 г.) отменило эту статью.

Если говорить о правовых нормах, касающихся стационарного обслуживания, реформа государственного управления кажется абсолютно непродуманной. Доступность и качество услуг не регулируются законом. Существующее краевое регулирование больничной помощи с юридической и организационной точек зрения может быть двояко истолковано и позволяет при дальнейшем развитии выбирать различные пути. Возникает вопрос, соответствует ли ситуация положениям статьи 71 Закона No. 20/1966 Coll., гласящей, что предоставление государственных медицинских услуг должно быть единообразным. Часть экспертов оценивают подход Министерства здравоохранения к подготовке второй стадии реформы как по меньшей мере сомнительный. Исправить положение можно было бы, приняв новый закон о государственных больницах или хотя бы внося поправки в Закон No. 20/1966 Coll., которые конкретизировали бы обязанности краевой и государственной администрации.

# Финансирование и затраты

## Основная система финансирования

**П**роцесс перехода от финансирования за счет налогов к системе медицинского страхования ускорило давление со стороны работников здравоохранения, которые ждали, что при страховой системе будут больше зарабатывать. Система обязательного медицинского страхования была введена 1 января 1993 г. Сейчас в нее входят девять страховых фондов.

Система основана на принципах равенства и единства общества. Она финансируется страховыми взносами физических лиц, работодателей и государства (которое платит за безработных, пенсионеров, детей и иждивенцев до 26 лет, студентов, женщин в декретном отпуске, военнослужащих, заключенных и тех, кто получает социальные пособия — примерно за 56% населения). Государство является также гарантом страховой системы.

Медицинское страхование охватывает постоянно проживающих в стране, что понимается достаточно широко. В число застрахованных входят иностранцы, если они работают в организациях, зарегистрированных в Чешской Республике, либо постоянно проживают в стране. Все группы населения охвачены страхованием; никаких изменений в этом отношении в последние годы не было и не ожидается в будущем. Выйти из системы медицинского страхования в Чешской Республике нельзя.

Страховые взносы взимаются как доля заработка (до вычета налогов): 4,5% платят работники и 9% работодатели (всего 13,5%). Верхний предел взноса примерно в шесть раз превышает уровень среднего по стране заработка. Благодаря этому система финансирования носит отчасти регрессивный характер. Работающие самостоятельно платят те же 13,5%, но лишь от 35% прибыли. Для них установлен также минимальный взнос с учетом уровня инфляции; в 2004 г. он составлял 905 чешских крон (примерно 28 евро) за человека в месяц. Поскольку почти 80% самостоятельно работающих не получают прибыли (или не заявляют о ней), они платят лишь минимальный взнос. Поэтому сейчас обсуждаются изменения в этой части страхового законодательства.

За неработающих Министерство финансов отчисляет ежемесячно те же 13,5% от минимального месячного заработка, установленного государством;

в 2003 г. он составлял 3458 чешских крон (примерно 108 евро), т. е. государство ежемесячно отчисляет 467 крон (около 15 евро) за каждого неработающего.

Страховую компанию каждый выбирает сам (работодатели в этом не участвуют), и раз в год можно сменить фонд (сначала это разрешалось раз в три месяца). ФВМС по закону обязан страховать всех. При банкротстве страхового фонда его клиенты обычно переходят в ФВМС. Другие страховые фонды тоже обязаны принимать всех, но есть сведения, что на практике им удается вести отбор.

ФВМС, крупнейший из страховых фондов, охватывает примерно 68% населения (данные 2002 г.), в том числе почти всех неработающих. Его платежеспособность гарантирована государством. Дети и пенсионеры могут регистрироваться в любом страховом фонде, но большинство состоит в ФВМС. Министерство внутренних дел (полиция) и Министерство обороны (военнослужащие) имеют собственные страховые фонды, которые развились из параллельных систем здравоохранения, существовавших при коммунистах. Клиентами остальных фондов, как правило, являются крупные компании или определенные категории работающих (горняки, банковские служащие и т. п.). В последние годы 18 страховых фондов исчезли с рынка. Некоторые обанкротились, другие были распущены правительством, поскольку не удовлетворяли требованиям закона. Причины были различными: например, недостаточное количество застрахованных или высокие накладные расходы в мелких фондах, чрезмерное количество специальных программ (например, для больных астмой или другими хроническими заболеваниями). Некоторые фонды объединились, другие закрылись. Многие из застрахованных перешли в ФВМС, который вследствие этого продолжает господствовать на страховом рынке.

Кроме того, банкротство фондов — одна из причин долгов, которые накапливаются, если медицинские учреждения не получают плату за свои услуги, и им нечем платить собственным работникам и поставщикам. Наибольшие финансовые трудности испытывают больницы — почти всем в той или иной степени не хватает средств. К концу 2003 г. накопившийся дефицит оценивался в 6 миллиардов чешских крон (около 220 миллионов евро) — почти 4% годовых расходов на здравоохранение [8].

Идея о том, что фонды будут конкурировать между собой, предлагая различный набор услуг, оказалась ошибочной. Сначала различные услуги действительно предлагались как дополнение к основному набору. Однако вскоре стало ясно, что у многих страховых фондов не хватает средств даже на оплату основного набора услуг. Оплата услуг, не входящих в основной набор, в 1994 г. была ограничена, а в 1997 г. отменена совсем.

Медицинские страховые фонды не могут получать прибыль. Любой излишек идет на специальный счет — так называемый Резервный фонд. Страховым фондам больше не разрешается предлагать своим клиентам дополнительные услуги, так как это учащало банкротства. В случаях финансовых затруднений государство помогает фондам лишь до определенного предела, но благодаря существованию ФВМС права застрахованных на медицинскую помощь защищены. В управлении фондами участвуют Министерство

труда и социального обеспечения, Министерство финансов и Министерство здравоохранения. Надзор за деятельностью фондов осуществляет министерство здравоохранения. На практике этот надзор оказался довольно слабым, по крайней мере вначале.

Чтобы снизить заинтересованность в отборе более выгодных клиентов и смягчить финансовые трудности из-за неблагоприятного распределения рисков, страховые взносы перераспределяются между фондами. Перераспределению, с учетом числа застрахованных, подлежит 60% взносов — занимается этим ФВМС. На застрахованных старше 60 лет выделяется втрое больше средств, чем на остальных. Других поправок не вводится. Несмотря на механизм перераспределения, более мелкие страховые фонды получают гораздо больше средств в пересчете на одного застрахованного (их клиенты в среднем лучше зарабатывают) и сохраняют при этом 40% взносов, не подлежащих перераспределению. В 2003—2004 гг. девять страховых фондов договорились между собой о реформе механизма компенсации рисков. Теперь в течение промежуточного периода (два года) все собранные взносы (100%) будут перераспределяться согласно двум критериям. Один из них — возраст, а другой отражает степень использования ресурсов (например, при лечении хронических заболеваний) или заболеваемость. Что именно будет выбрано в качестве второго критерия, пока неясно.

В последние годы финансовые трудности страховых фондов, особенно ФВМС, возрастают. Причин, вероятно, несколько. Это и неправильное распределение рабочей нагрузки, и недостаточный размер страховых взносов. Кроме того, при оплате по объему оказанных услуг (см. раздел «Распределение средств») трудно сдерживать расходы. Но основная причина все-таки в том, что медицинские услуги слишком дороги. Страховые фонды и государство стараются перестроить медицинское обслуживание и покупать услуги, избирательно заключая контракты, но дело идет медленно [14].

Чтобы справиться с трудностями, вызванными слабым административным контролем, могут потребоваться изменения в законодательстве. Например, система гарантирует, что практически все наемные работники и работодатели платят взносы, но позволяет части мелких предпринимателей уклониться от этого или платить очень мало.

С начала 2003 г. появились сообщения о том, что Министерство здравоохранения обсуждает возможность введения франшизы. Это будет соответствовать рекомендациям недавнего отчета ОЭСР, где тоже предлагается ввести франшизу. Кроме того, министерство разными способами пытается увеличить приток средств в здравоохранение, например, сократив размер обязательных резервных фондов страховых организаций.

## Набор медицинских услуг

Услуги здравоохранения оплачиваются фондами медицинского страхования, а пособия по болезни выплачиваются из государственного фонда социального обеспечения, который не входит в государственный бюджет. Есть

предложения объединить обе системы, но в ближайшее время они, скорее всего, приняты не будут. Фонд социального обеспечения — государственная организация, которая занимается выплатой пенсий, пособий по болезни, по безработице и других. Он финансируется через взносы социального страхования, составляющие 34% (26% платит работодатель, а 8% — работник). На пособия по болезни отчисляется 4,4%. Страхование по болезни — единственное, которое не является обязательным для всего населения: самостоятельно работающие могут отказаться от этой части социального страхования.

Медицинская страховка полностью или частично покрывает следующие виды услуг:

- профилактические услуги (осмотры, вакцинации согласно рекомендованному календарю прививок и т. д.);
- диагностические процедуры;
- амбулаторное и стационарное лечение, в том числе реабилитация и уход за хроническими больными;
- обеспечение лекарственными средствами и медицинскими приспособлениями;
- перевозка больных;
- санаторно-курортное лечение по предписанию врача.

Вообще говоря, оплате подлежат любые процедуры, необходимые для того, чтобы вылечить болезнь или улучшить состояние здоровья. Кроме того, по закону страховка охватывает регулярные профилактические осмотры детей (девять в течение первого года жизни, в возрасте полутора и трех лет, а затем раз в два года) и взрослых (раз в два года). Бесплатно производятся ежегодные стоматологические осмотры (для детей — дважды в год) и некоторые распространенные стоматологические процедуры. По-прежнему могут быть оплачены государством реабилитация, лечение бесплодия и психотерапия (с некоторыми ограничениями). При определенных обстоятельствах частично или полностью оплачивается санаторно-курортное лечение (бальнеологическая терапия). При наличии медицинских показаний оплачиваются аборт (иначе за них надо платить).

В каждом случае полностью оплачивается самое дешевое лечение. Страховой фонд, в лице специального проверяющего врача, может исследовать обстоятельства и согласиться на полную оплату более дорогого лечения.

Лекарственные средства разбиты на три списка. Препараты из списка непатентованных средств оплачиваются, но за любые другие потребитель, как правило, платит сам. Патентованные средства могут быть оплачены, если врач из страхового фонда подтверждает, что замены им нет.

Набор медицинских услуг в Чешской Республике весьма обширен и включает даже курортное лечение и безрецептурные лекарственные средства (если их прописал врач), что не оплачивается во многих других странах. Как уже говорилось, между медицинскими страховыми фондами, поставщиками медицинских услуг (объединениями больниц, отдельными больницами и частными врачами), профессиональными объединениями, научными организациями и ассоциациями больных проводятся регулярные пере-

говору, где подробно определяются входящие в страховой набор услуги; затем они сводятся в прейскурранты, где указано количество баллов оплаты. Министерство здравоохранения должно удостовериться, что результаты этих обсуждений не противоречат требованиям закона и общественным интересам, прежде чем опубликует их в виде приказа.

Первоначально (до 1997 г.) страховщики могли предлагать дополнительные услуги, но не сокращая при этом основной набор. Интенсивность использования медицинских услуг со времен социализма заметно выросла. Поэтому набор услуг в будущем вряд ли расширится, и сейчас даже говорят о том, чтобы его ограничить.

Из государственной системы здравоохранения исключены лишь отдельные виды услуг. Не оплачиваются косметическая хирургия, если нет медицинских показаний, и некоторые услуги по запросу клиента (главным образом различные медицинские освидетельствования). Отдельные услуги, включая некоторые виды стоматологической помощи (например, протезирование), частично оплачиваются потребителем. Протезы, очки и слуховые аппараты могут частично либо полностью оплачиваться государством.

Медико-социальная помощь в систему государственного медицинского страхования не входит и оплачивается частично больными, а частично Министерством социального обеспечения.

## Дополнительные источники финансирования

В начале процесса реформ предполагалось, что здравоохранение будет иметь несколько источников финансирования. В начале 1990 гг. ожидалось, что их будет пять:

- медицинское страхование;
- государственный бюджет;
- муниципальные бюджеты;
- платежи потребителей;
- пожертвования.

Добровольное дополнительное страхование все еще находится в стадии рассмотрения. Сейчас основной источник финансирования — несомненно, государственное страхование: оно приносит чуть более 80%. Вторым по важности источником (чуть более 10%) являются налоги (табл. 4).

## Налоги

Налоги используются для покрытия расходов как на центральном, так и на краевом уровне. На центральном уровне Министерство здравоохранения финансирует капиталовложения в непосредственно подчиненные ему учреждения: краевые больницы, университетские клиники, специализированные исследовательские институты и учреждения последипломного образования. Оно финансирует также службы общественного здравоохранения. Прямое финансирование от Министерства здравоохранения покрывает

Таблица 4. Основные источники финансирования, %, 1991—2002 гг.

Источник	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002
<b>Государственный сектор</b>	96,8	95,4	94,8	94,0	92,7	92,6	91,9	91,9	91,9	91,6	91,4	91,7
Налоги (прямые расходы)	96,8	95,4	19,1	16,5	16,5	12,5	11,8	10,9	11,1	10,5	9,5	10,2
Обязательное страхование (в целом)	—	—	75,7	77,5	76,2	80,1	80,1	81	80,8	81,1	81,9	81,5
<b>Частный сектор</b>	3,2	4,5	5,2	6,0	7,2	7,4	8,1	8,1	8,2	8,4	8,6	8,3
Платные услуги	3,2	4,5	5,2	6,0	7,2	7,4	8,1	8,1	8,2	8,4	8,6	8,3
Частное медицинское страхование	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
<b>Прочее</b>	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—

Источники: государственный бюджет на 2003 г.; Министерство здравоохранения (расходы других министерств включены, например Министерства обороны и др.).

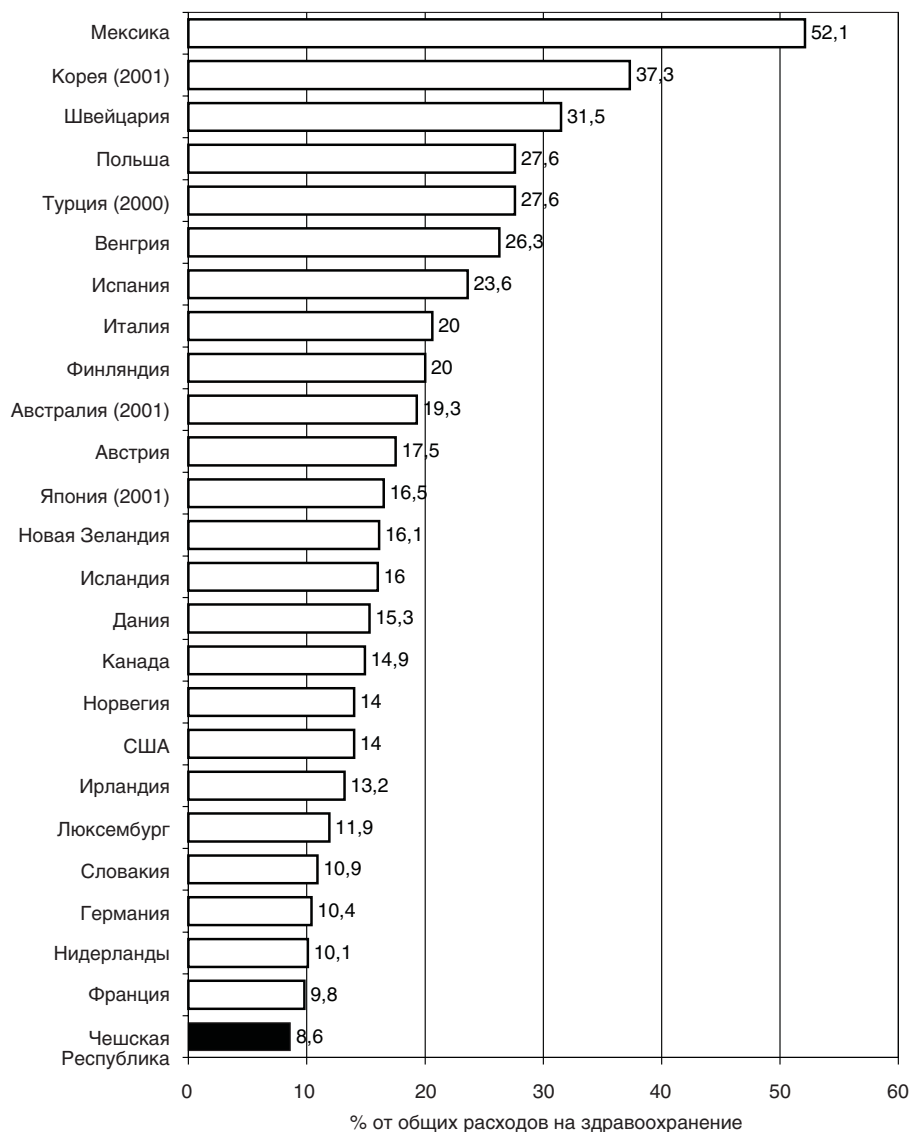
часть затрат на обучение медицинского персонала и на некоторые специализированные медицинские программы (профилактика СПИДа, контроль качества лекарственных средств, текущие расходы домов престарелых и инвалидов, а также научные исследования и последипломное образование). Медико-социальную помощь частично оплачивает Министерство социального обеспечения, а частично сами потребители.

### Платные медицинские услуги

Частичная оплата взимается за некоторые лекарственные средства и медицинские приспособления, а также за стоматологические услуги. Платные медицинские услуги распространены в Чешской Республике очень мало, в отличие от других стран ОЭСР. В 1993 г. платежи потребителей покрывали только 5% общих расходов здравоохранения, к 2002 г. эта цифра выросла до 8,3% (согласно отчетам ОЭСР по здравоохранению, 8,6%). Однако уровень платежей потребителей в Чешской Республике самый низкий из всех стран ОЭСР. Он втрое ниже, чем в других центрально-европейских странах, например Венгрии (26,3%) и Польше (27,6%) (рис. 7). Эти данные, однако, не учитывают незаконных платежей.

### Добровольное медицинское страхование

В настоящее время рынок добровольного медицинского страхования очень мал (менее 0,1% расходов здравоохранения). Сюда относится оплата медицинских расходов при заграничных поездках, страхование иностранцев, не имеющих права на государственное страхование, и оплата некоторых услуг, не обеспечиваемых государственной страховой системой (например, косметическая хирургия или некоторые виды стоматологических услуг). Набор услуг, покрываемых государственным страхованием, очень ши-

**Рисунок 7. Расходы частных лиц в процентах от общих расходов на здравоохранение в странах ОЭСР, 2002 г.**

Источник: данные ОЭСР по здравоохранению, 2004 г.

рок, он включает даже курортное лечение и обеспечение безрецептурными средствами, таким образом, потребности в каком-либо дополнительном страховании нет.



## Затраты на здравоохранение

Процент ВВП, который тратится на здравоохранение, считается важным экономическим показателем. В 1990 г. этот показатель в Чешской Республике составлял 5%, затем, увеличиваясь, достиг пика в 1994 г. (7,8%) и снова начал снижаться. В 2001 г. его величина составляла 6,8% (табл. 5). Значительный рост расходов был прямо связан с введением страховой системы. (По другим источникам, этот показатель на 0,7% ниже, но там не учитываются расходы частных лиц).

**Таблица 5. Динамика расходов на здравоохранение в Чешской Республике, 1995—2002 гг.**

	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002
Объем расходов в текущих ценах, млн. чешских крон	100,7	110,7	118,9	129,9	134,9	141,9	158,7	168,5
Доля от ВВП, %	7,3	7,1	7,1	7,1	7,1	6,6	6,8	7,0
Доля государственных средств в общих расходах здравоохранения, %	92,7	92,5	91,7	91,8	91,5	91,4	91,4	91,4

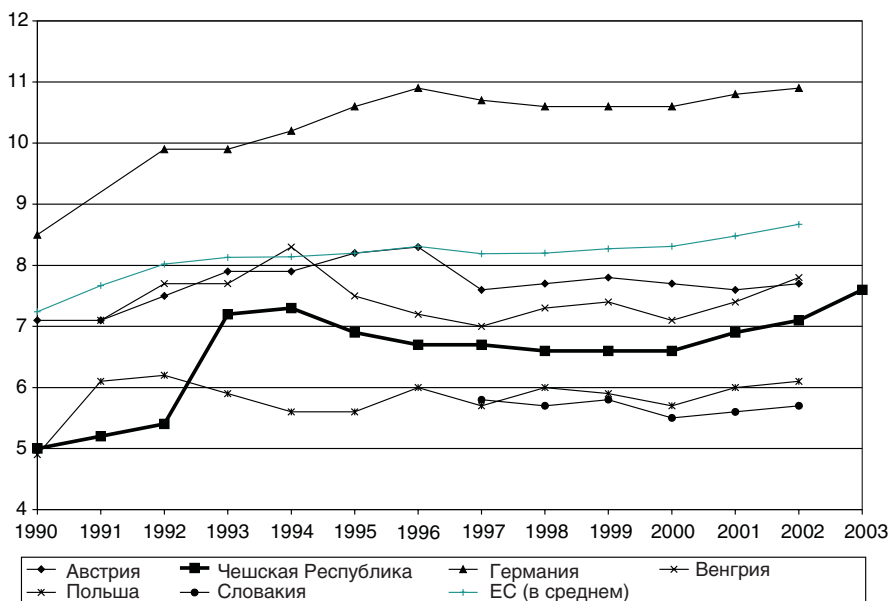
*Источники:* Санитарный ежегодник Чешской Республики, 2002 г.; данные Института медицинской информации и статистики Чешской Республики (ÚZIS).

Расходы на здравоохранение в процентах от ВВП (рис. 8) в Чехии выше среднего уровня для Центральной и Восточной Европы (5,8%), но ниже, чем средний показатель для Западной Европы (8,9%). Если сравнивать с соседями, то близкие показатели отмечаются у Словакии и Венгрии, у Польши показатель ниже, у Австрии — чуть выше, а у Германии — намного выше (рис. 9).

При пересчете на душу населения различия гораздо более выражены (рис. 10). Расходы государства на здравоохранение (как процент общих расходов на здравоохранение) в Чешской Республике ниже, чем в большинстве стран Центральной и Восточной Европы, но выше, чем в западноевропейских странах с развитой системой социального страхования (рис. 11).

Наибольшая доля расходов приходится на стационарное лечение и лекарственные средства. Затраты на лекарственные средства существенно превышают средние по странам, входящим в ОЭСР. Прямые капиталовложения государства в 2001 г. упали ниже 5% (табл. 6).

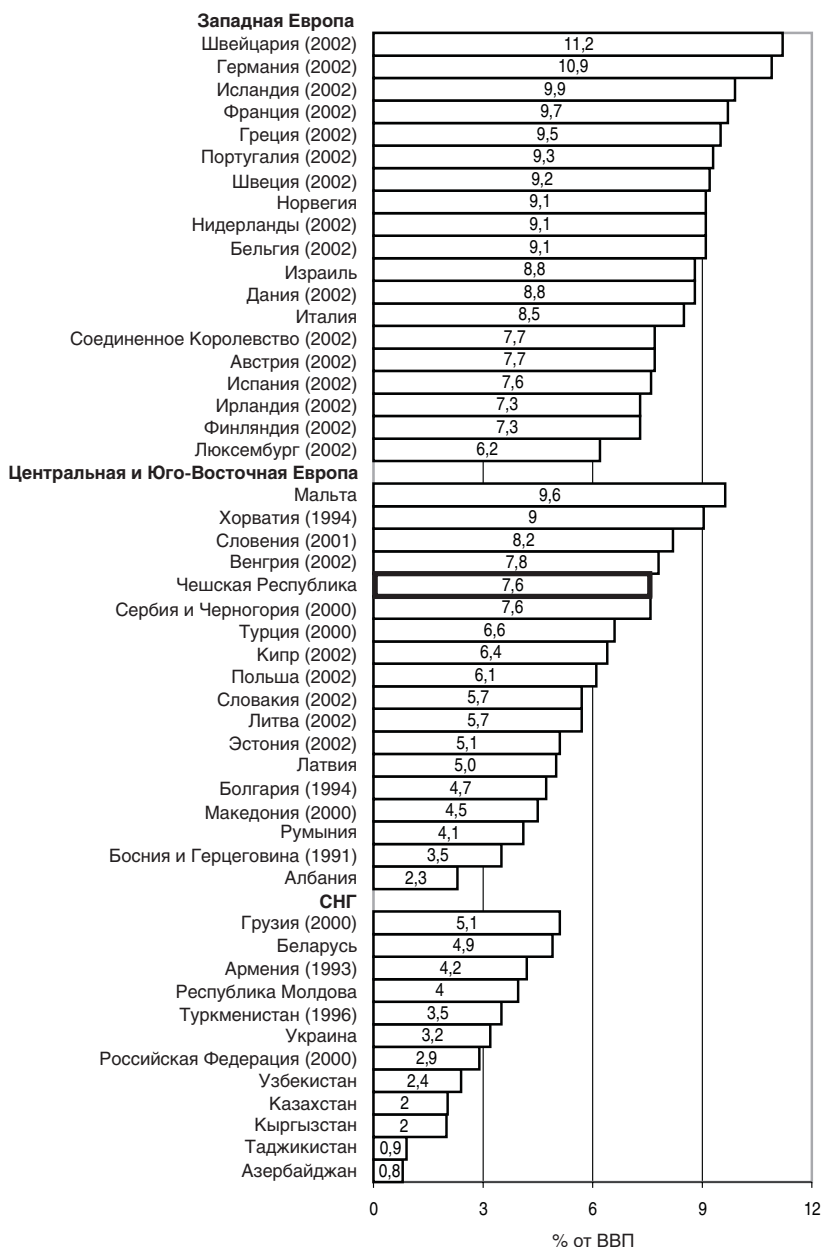
**Рисунок 8. Динамика расходов на здравоохранение в процентах от ВВП в Чешской Республике, некоторых других странах и в среднем по ЕС, 1990—2003 гг.**



Источники: база данных «Здоровье для всех» Европейского регионального бюро ВОЗ, январь 2005.

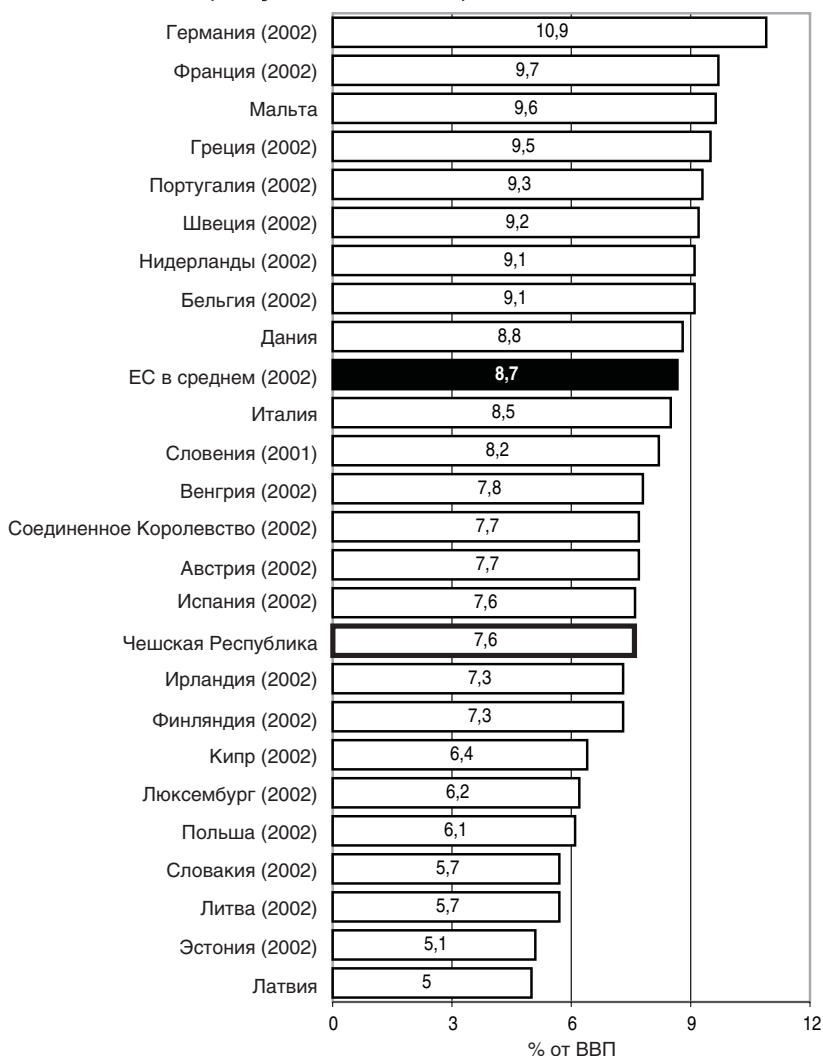
Примечание: ЕС – Европейский союз.

**Рисунок 9а. Общие расходы на здравоохранение в процентах от ВВП в странах Европейского региона ВОЗ в 2003 г. В отсутствие данных за 2003 г. приведены последние из имеющихся данных (год указан в скобках)**



Источник: база данных «Здоровье для всех» Европейского регионального бюро ВОЗ, январь 2005. СНГ – Содружество Независимых Государств; страны, по которым данных нет, не включены; Македония — бывшая Югославская республика; Соединенное Королевство — Соединенное Королевство Великобритании и Северной Ирландии.

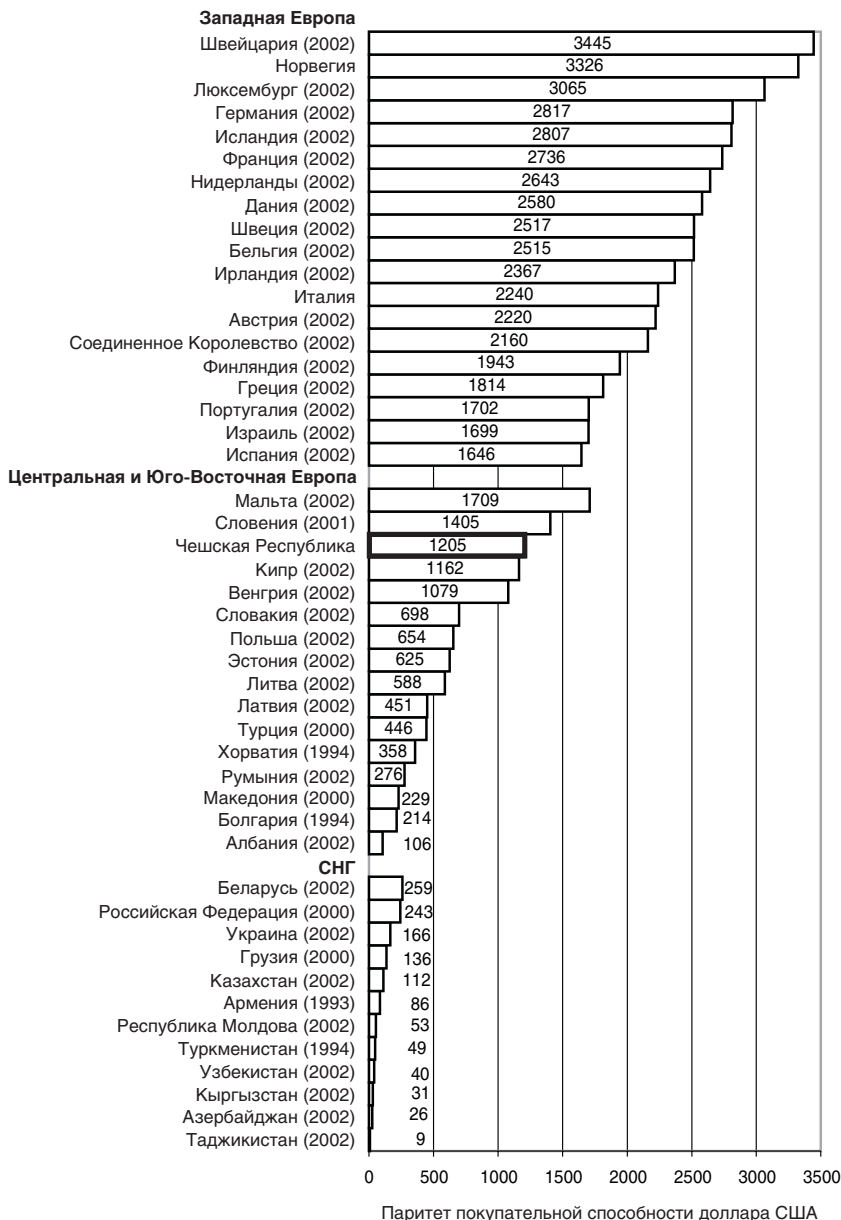
**Рисунок 96. Общие расходы на здравоохранение в процентах от ВВП в странах ЕС в 2003 г. В отсутствие данных за 2003 г. приведены последние из имеющихся данных (год указан в скобках)**



Источник: база данных «Здоровье для всех» Европейского регионального бюро ВОЗ, январь 2005.

Примечания: ЕС — Европейский Союз; Соединенное Королевство — Соединенное Королевство Великобритании и Северной Ирландии.

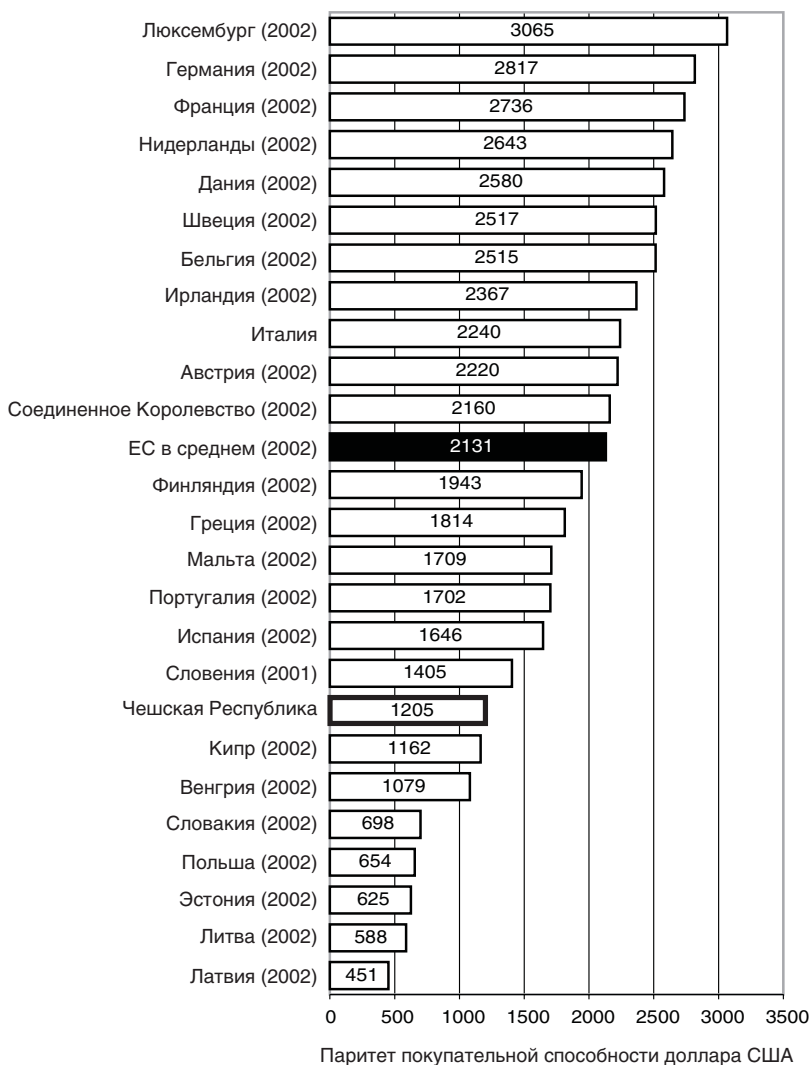
**Рисунок 10а. Расходы здравоохранения на душу населения с учетом паритета покупательной способности доллара США в странах Европейского региона ВОЗ за 2003 г. В отсутствие данных за 2003 г. приведены последние из имеющихся данных (год указан в скобках)**



Источники: база данных «Здоровье для всех» Европейского регионального бюро ВОЗ, январь 2005.

Примечания: СНГ — Содружество Независимых Государств; страны, по которым данных нет, не включены; Македония — бывшая Югославская республика; Соединенное Королевство — Соединенное Королевство Великобритании и Северной Ирландии.

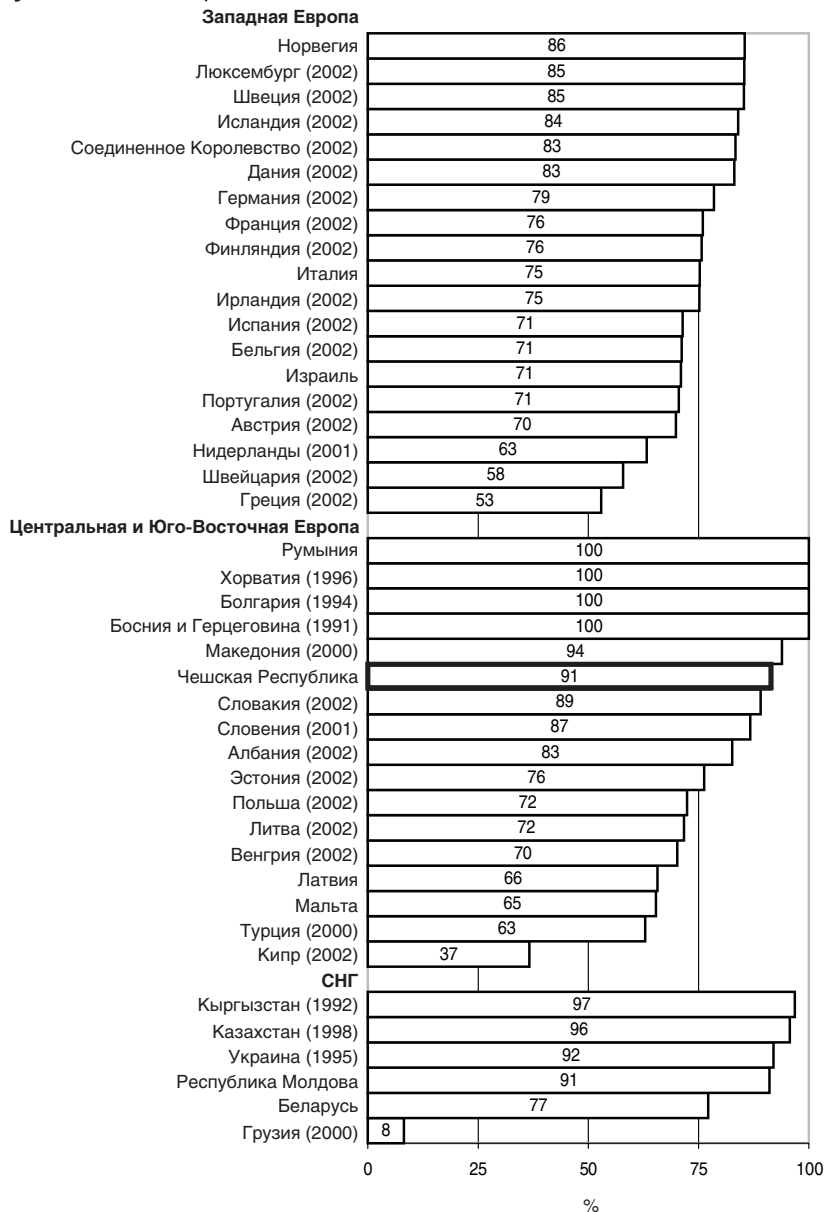
**Рисунок 106. Расходы здравоохранения на душу населения с учетом паритета покупательной способности доллара США в странах ЕС за 2003 г. В отсутствие данных за 2003 г. приведены последние из имеющихся данных (год указан в скобках)**



Источник: база данных «Здоровье для всех» Европейского регионального бюро ВОЗ, январь 2005.

Примечания: ЕС — Европейский Союз; Соединенное Королевство — Соединенное Королевство Великобритании и Северной Ирландии.

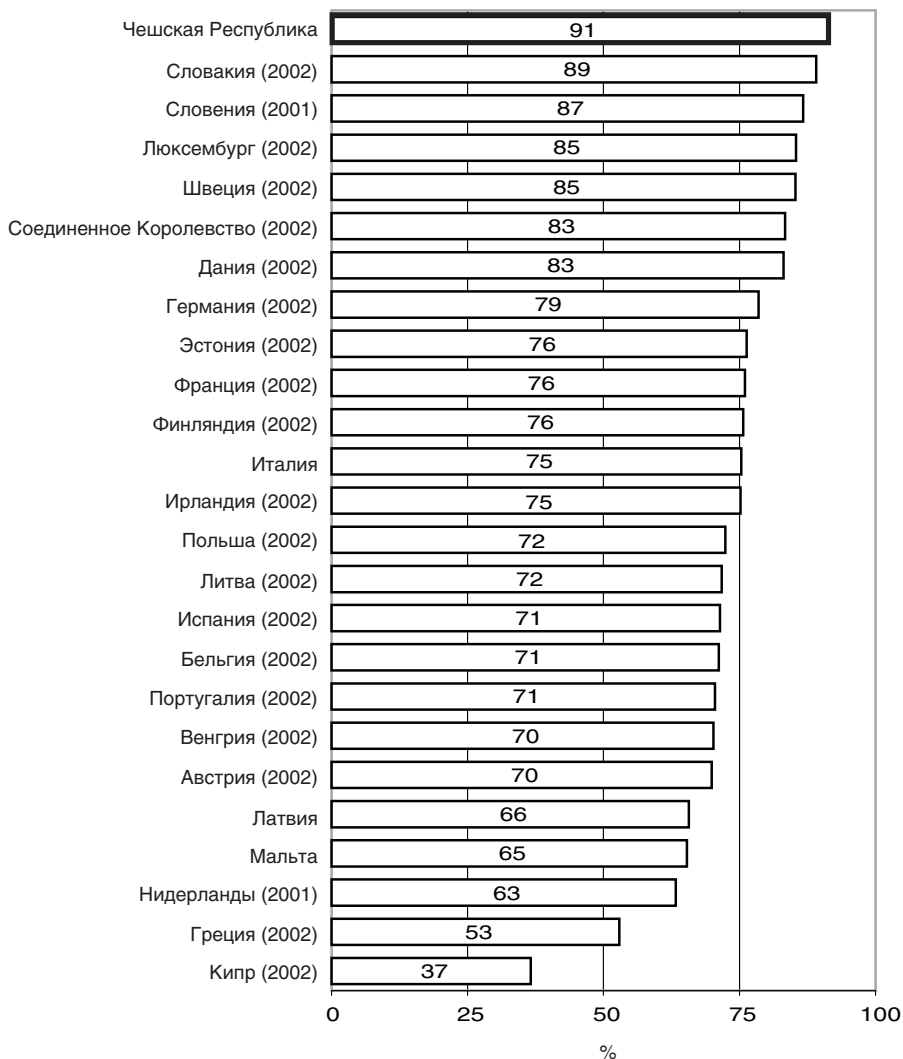
**Рисунок 11а. Доля государственного финансирования в общих расходах на здравоохранение (в процентах) в странах Европейского региона ВОЗ в 2003 г. В отсутствие данных за 2003 г. приведены последние из имеющихся данных (год указан в скобках)**



Источник: база данных «Здоровье для всех» Европейского регионального бюро ВОЗ, январь 2005.

Примечания: СНГ — Содружество Независимых Государств; страны, по которым данных нет, не включены; Македония — бывшая Югославская республика; Соединенное Королевство — Соединенное Королевство Великобритании и Северной Ирландии.

**Рисунок 116. Доля государственного финансирования в общих расходах на здравоохранение (в процентах) в странах ЕС в 2003 г. В отсутствие данных за 2003 г. приведены последние из имеющихся данных (год указан в скобках)**



Источник: база данных «Здоровье для всех» Европейского регионального бюро ВОЗ, январь 2005.

Примечание: Соединенное Королевство — Соединенное Королевство Великобритании и Северной Ирландии.



**Таблица 6. Расходы на здравоохранение по статьям, процент от общих расходов здравоохранения, 1985—2002 гг.**

<b>Статья</b>	<b>1985</b>	<b>1990</b>	<b>1995</b>	<b>1996</b>	<b>1997</b>	<b>1998</b>	<b>1999</b>	<b>2000</b>	<b>2001</b>	<b>2002</b>
Стационарное лечение	–	–	29,6	33,8	35,6	35,4	33,9	34,6	36,6	39,3
Лекарственные средства	–	–	25,6	25,5	25,3	25,5	22,7	22,0	21,9	24,6
Капиталовложения	–	–	–	19,5	9,5	8,9	8,3	4,6	4,1	4,6

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

# Медицинское обслуживание

## Общественное здравоохранение

**В** начале 1950-х гг. была развернута сеть районных и краевых служб общественного здравоохранения (санитарно-эпидемиологические станции), каждая из которых обслуживала примерно 100 000 населения. В январе 2003 г. в ходе реформы государственного управления районные санитарно-эпидемиологические станции были заменены краевыми. Они выдают удостоверения и разрешения и ведают другими вопросами, касающимися общественного здоровья, а также эпидемиологическим надзором (в том числе за инфекционными заболеваниями) и обеспечением иммунизации (например, снабжением вакцинами). Существуют также Институты общественного здравоохранения — медицинские учреждения, которые исследуют и оценивают условия жизни и труда, качество продуктов и биологических материалов и т. д.

Общественным здравоохранением занимаются не только санитарно-эпидемиологические службы. Так, учреждения первичной медицинской помощи проводят профилактические мероприятия (в том числе иммунизацию) и обеспечивают дородовое наблюдение (это оплачивается страховыми фондами). 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. Они включают в себя отказ от курения и правильное питание, а также программы по улучшению условий в школах, жилищах, городах и на рабочих местах. В 1995 г. в правительство была представлена долгосрочная Программа здоровья нации. За ее проведение отвечает Национальный совет по здоровью, во главе которого стоит министр здравоохранения. Любая организация (государственная или частная) может представить проект по укреплению здоровья для финансирования согласно этой программе.

В 1989 г. был принят закон, запрещающий курение в общественных местах, а в 1995 г. — закон, ограничивший рекламу табачных изделий по радио и телевидению; еще более жестко реклама табачных изделий была ограничена с 1 июля 2004 г. (Закон №. 132/2003 Coll.). Одновременно готовился новый закон по контролю за табачными изделиями. В декабре 1998 г. чешское пра-

вительство одобрило Национальную программу по охране окружающей среды и народного здоровья. С 1999 г. Национальный совет по окружающей среде и здоровью общества, возглавляемый министром здравоохранения, начал претворять эту программу в жизнь. Массовые обследования взрослого населения с целью выявления различных заболеваний (например, рака шейки матки, рака молочной железы или рака толстой кишки) в рамках этой программы с 2000 г. финансируются государственной страховой системой.

Уровень иммунизации, являющийся косвенным показателем уровня здоровья нации, в Чехии очень высок для европейских стран, он колеблется от 95 до 99% (рис. 12). Детей прививают от туберкулеза, дифтерии, столбняка, коклюша, полиомиелита, кори, свинки и краснухи. Вакцинация против гепатитов А и В, клещевого энцефалита, *Haemophilus influenzae* типа В и менингококковой инфекции проводится по требованию и полностью оплачивается потребителем. Рассматривается вопрос о массовой вакцинации подростков старше 12 лет против гепатита В и маленьких детей против *Haemophilus influenzae* типа В.

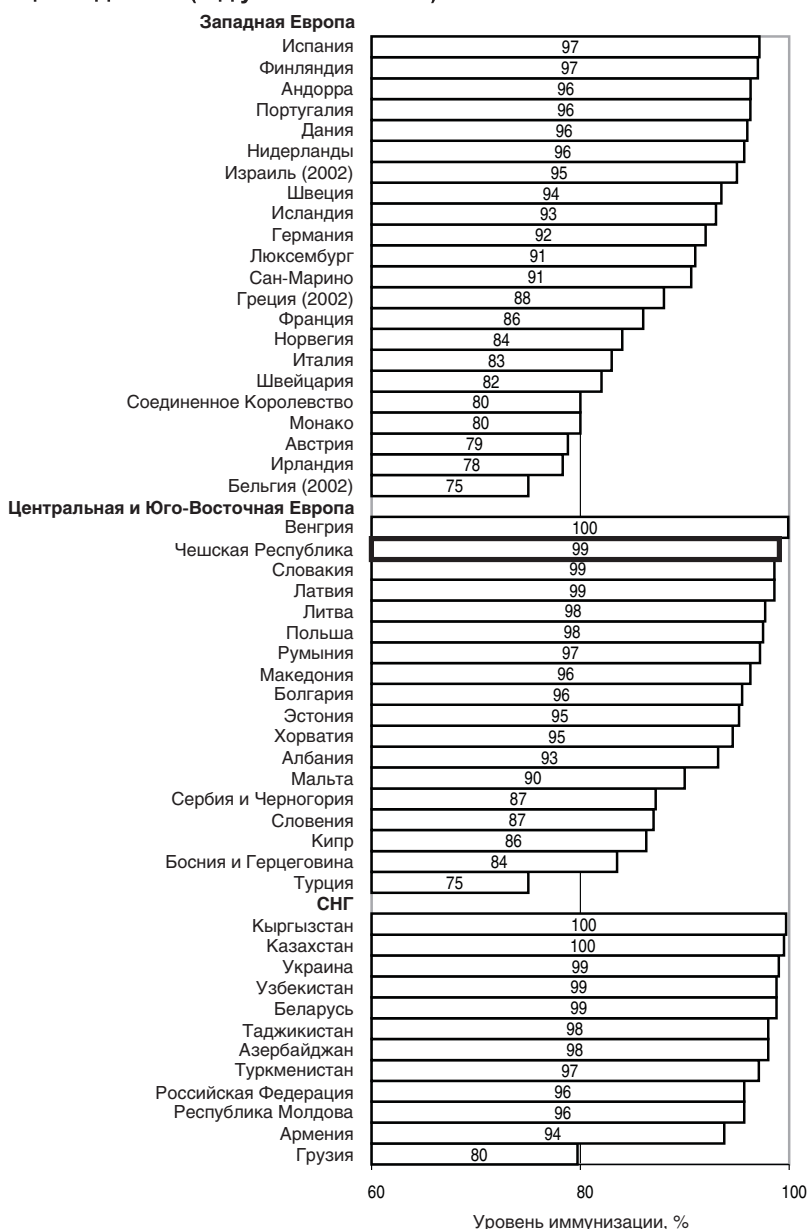
С 1990 г. предпринимаются попытки изменить существующую систему. План реформы государственных и местных служб общественного здравоохранения прежде всего направлен на повышение их эффективности. Планомерно уменьшается избыточность системы общественного здравоохранения. Часть учреждений, особенно различные вспомогательные лаборатории, приватизируется. В январе 2001 г. был принят новый Закон об охране общественного здоровья (No. 258/2000 Coll.).

В июне 2000 г. Чешская Республика подписала международную Рамочную конвенцию по контролю над табаком. Ожидается, что вскоре она начнет действовать.

## Первичное медицинское обслуживание

Организацией первичного медицинского обслуживания занимаются государство, краевые администрации и страховые фонды. Закон, точно определяющий их полномочия, находится в стадии разработки. Граждане свободно выбирают врача первичной помощи и раз в три месяца могут его сменить. Ни в выборе врача, ни в доступе к нему ограничений нет. Если врач первичной помощи не может обеспечить необходимое лечение, он направляет больного в соответствующее специализированное учреждение, имеющее контракт с тем страховым фондом, к которому принадлежит больной. Врач письменно обосновывает свое решение и сообщает специалисту о результатах проведенных им исследований. Специалист, в свою очередь, сообщает врачу первичной помощи о своих выводах и предпринятом лечении и может порекомендовать дальнейшие действия или дать заключение относительно трудоспособности больного. Специалиста тоже можно выбирать свободно, направление от врача общей практики для этого не нужно. Однако посетить врача первичной помощи и получить от него

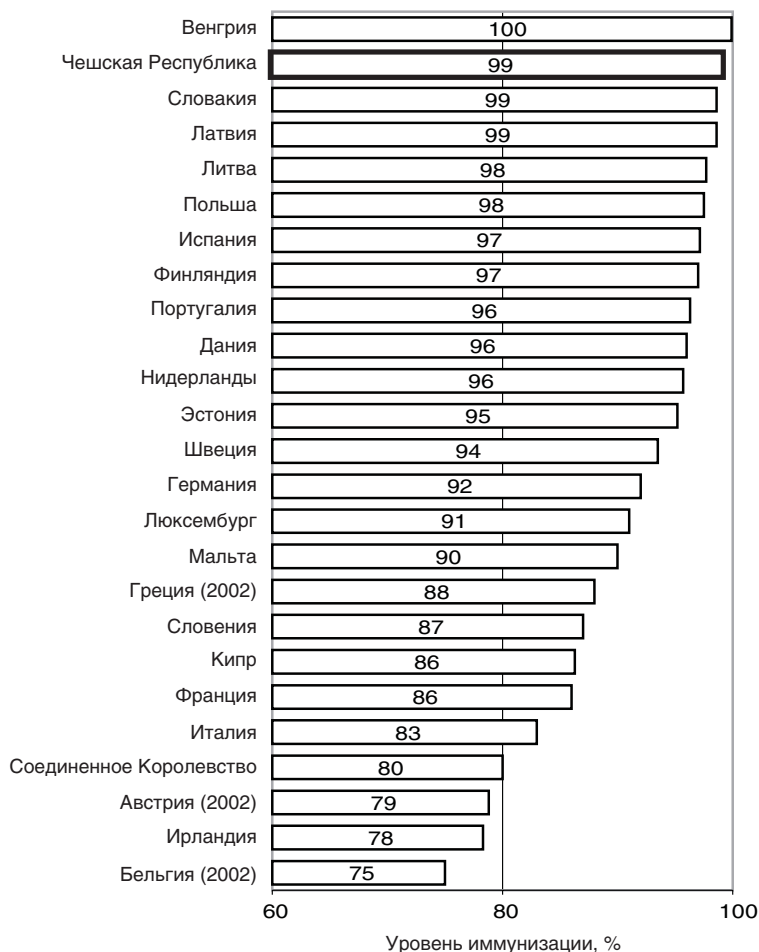
**Рисунок 12а. Уровень иммунизации против кори в странах Европейского региона ВОЗ за 2003 г. В отсутствие данных за 2003 г. приведены последние из имеющихся данных (год указан в скобках)**



Источник: база данных «Здоровье для всех» Европейского регионального бюро ВОЗ, январь 2005.

Примечания: СНГ — Содружество Независимых Государств; страны, по которым данных нет, не включены; Македония — бывшая Югославская республика; Соединенное Королевство — Соединенное Королевство Великобритании и Северной Ирландии.

**Рисунок 126. Уровень иммунизации против кори в странах ЕС за 2003 г. В отсутствие данных за 2003 г. приведены последние из имеющихся данных (год указан в скобках)**



Источник: база данных «Здоровье для всех» Европейского регионального бюро ВОЗ, январь 2005.

Примечание: Соединенное Королевство — Соединенное Королевство Великобритании и Северной Ирландии.

направление желательно. К стоматологам и гинекологам обращаются без направления.

В чешском здравоохранении четыре группы врачей первичной помощи: врачи общей практики для взрослых; детские и подростковые врачи общей практики (педиатры); амбулаторно принимающие гинекологи; стоматологи. В 2002 г. врачи первичной помощи составляли 51% общего числа амбулаторно принимающих врачей. Этот показатель ниже всего в Праге (38,6%) и выше всего в Злинском крае (59,2%) [9]. В 1994 г. один врач общей практики

обслуживал 1670 жителей старше 15 лет, а один педиатр — 1150 детей и подростков. На одного гинеколога в среднем приходилось 4840 женщин, на одного стоматолога — 1760 чел. В 1998 г. эти показатели были следующими: 1780, 1170, 4890 и 1770, соответственно, т. е. число взрослых, приходящихся на одного врача общей практики, возросло, а прочие показатели почти не изменились.

В конце 2002 г. в стране было зарегистрировано 5186 врачей общей практики для взрослых (в пересчете на полную занятость). Это означает, что на каждого врача в среднем приходилось 1650 жителей старше 14 лет. Врачей общей практики для детей и подростков было 22 001, в среднем на каждого приходилось примерно 1050 человек в возрасте от 0 до 19 лет. Стоматологов насчитывалось 5947 (один врач на 1700 человек). Гинекологов было зарегистрировано 1184 (один гинеколог на 4400 женщин). Учитывая, что население страны в последние годы сокращается, в обеспечении первичной помощью наблюдается некоторое улучшение, хотя число врачей почти не изменилось (немного возросло лишь число гинекологов). Есть региональные различия в числе врачей. Больше всего амбулаторно работающих врачей (общей практики и специалистов) в Праге (49 на 10 000 населения), а меньше всего в Центральной Богемии (22), Устецком крае (23) и в крае Высочина (22). Средний показатель по стране составляет 28 врачей на 10 000 населения [10].

К 2002 г. первичная медицинская помощь примерно на 95% стала частной. Приход врачей в частную практику контролируется с помощью лицензий, выдаваемых Чешской врачебной палатой, и разрешений, выдаваемых краевой администрацией. Врачи заключают контракты со страховыми фондами (в этом смысле фонды играют регулирующую роль). Частная практика организуется по-разному в зависимости от ситуации на местах. Большинство врачей общей практики работают в одиночку. Группа врачей может вместе работать в центре первичной помощи или в одной из немногочисленных поликлиник, которые оказывают как первичную, так и специализированную помощь. Центрами первичной помощи владеют местные власти (муниципалитеты), а управляют директора. За пользование оборудованием в таких центрах частные врачи платят ренту; как правило, она довольно высока. Полный набор услуг первичной помощи включает общую медицинскую помощь, заботу о здоровье матери и ребенка, гинекологию, стоматологию, сестринскую помощь на дому, круглосуточную неотложную помощь и ряд профилактических услуг (иммунизация, осмотры и т. д.). Центры первичной помощи обычно хорошо оснащены; в большинстве из них есть оборудование для ЭКГ, УЗИ (и часто рентгенографии). Есть также некоторые приборы для лабораторной диагностики, работают медицинские сестры и физиотерапевты. Врачам, работающим в одиночку, оборудование менее доступно. Условия работы врачей первичной помощи зависят от количества обслуживаемого ими населения и местных условий.

До недавнего времени работа врача первичной помощи в основном состояла в выдаче освобождений от работы по болезни, а для лечения больных направляли к специалистам. Теперь в случае кратковременной нетрудоспо-

собности подтверждения от врача не требуется, а врачу стало выгодно оказывать больным более сложные виды помощи. Таким образом, роль врача первичной помощи повышается. Для борьбы с неоправданными назначениями создана специальная система оплаты. В основном оплата ведется по числу обслуживаемых больных, и только наиболее востребованные услуги оплачиваются по объему выполненных работ. Число обращений за медицинской помощью в Чешской Республике — одно из самых высоких в Европе (рис. 13).

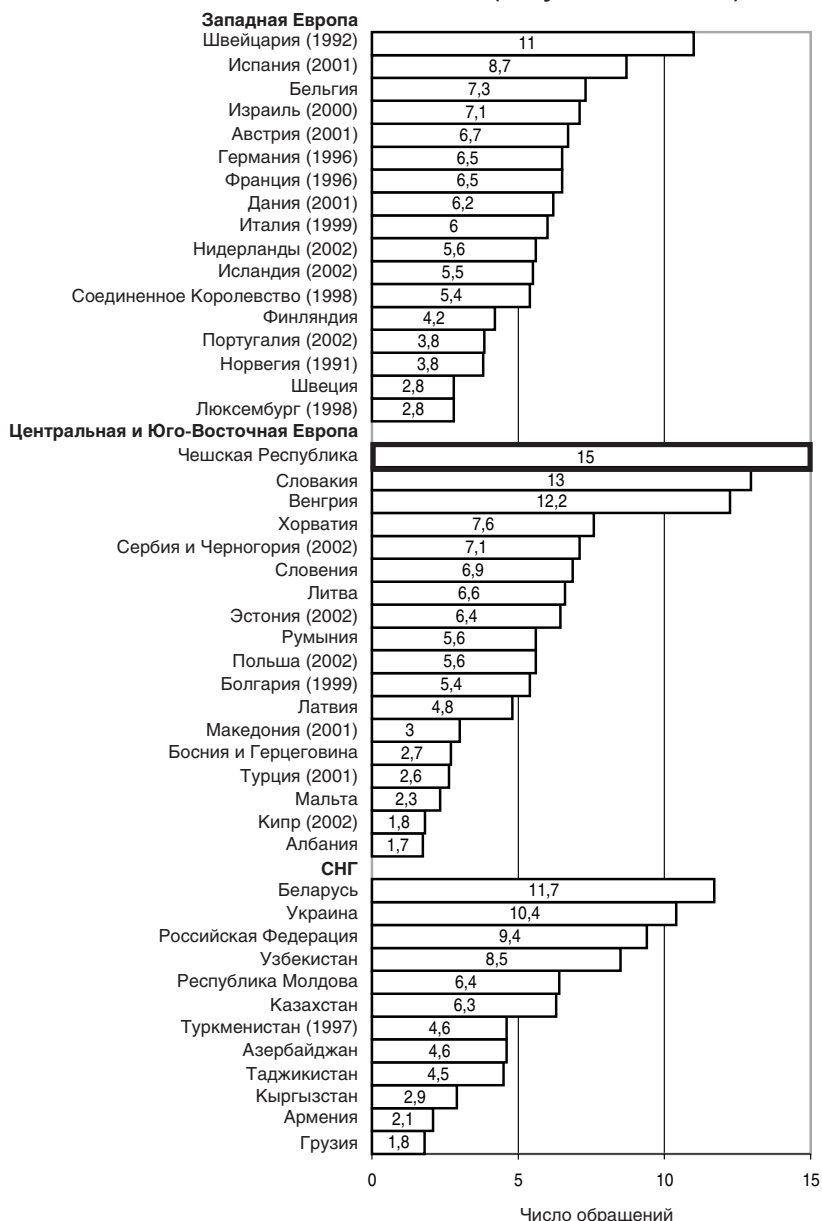
## **Специализированное и высокоспециализированное медицинское обслуживание**

Чешская Республика унаследовала широкую сеть больниц и поликлиник по всей стране. Ранее ими управляло Министерство здравоохранения через трехступенчатую систему краевых, районных и муниципальных учреждений. Реформа государственного управления изменила это положение. В конце 1990-х гг., чтобы снизить избыточный спрос на лечение в больницах общего профиля, началась реорганизация. Планировалось сократить коечный фонд в больницах общего профиля, увеличить количество коек для длительного лечения хронических больных и сократить число врачей.

Сейчас специализированным и высокоспециализированным медицинским обслуживанием в Чешской Республике занимаются врачи-специалисты в собственных приемных, в больницах и других специализированных учреждениях. В конце 2002 г. в стране было зарегистрировано 26 270 медицинских учреждений; из них 13 198 приходилось на специализированные и высокоспециализированные [10]. С каждым годом число медицинских учреждений растет (в первую очередь это аптеки и приемные специалистов, принимающих амбулаторно), но с 1995 г. этот процесс замедлился. Подавляющее большинство амбулаторных специалистов за последние годы ушло в частную практику, а больницы в основном остались государственными, однако их статус в связи с реформой государственного управления постоянно меняется. Как правило медицинские учреждения заключают контракты со страховыми фондами, среди которых центральное положение занимает основанный государством ФВМС.

Для того чтобы открыть медицинское учреждение, необходима лицензия от Чешской врачебной палаты, которая гарантирует качество медицинской помощи. Амбулаторным обслуживанием занимаются независимо работающие врачи в поликлиниках и амбулаторные отделения при больницах. В конце 2002 г. в амбулаторном обслуживании было занято в общей сложности 28 482 врача и 54 980 работников среднего медицинского звена (и то, и другое в пересчете на полную занятость). В среднем на 10 000 населения приходилось 28 амбулаторных специалистов (как первичной, так и специализированной помощи). Важную роль в обеспечении специализированной медицинской помощью играет Прага, поскольку там пять университетских клиник, которые оказывают узкоспециализированную амбулаторную по-

**Рисунок 13а. Число обращений за амбулаторной помощью на душу населения в странах Европейского региона ВОЗ в 2003 г. В отсутствие данных за 2003 г. приведены последние из имеющихся данных (год указан в скобках)**

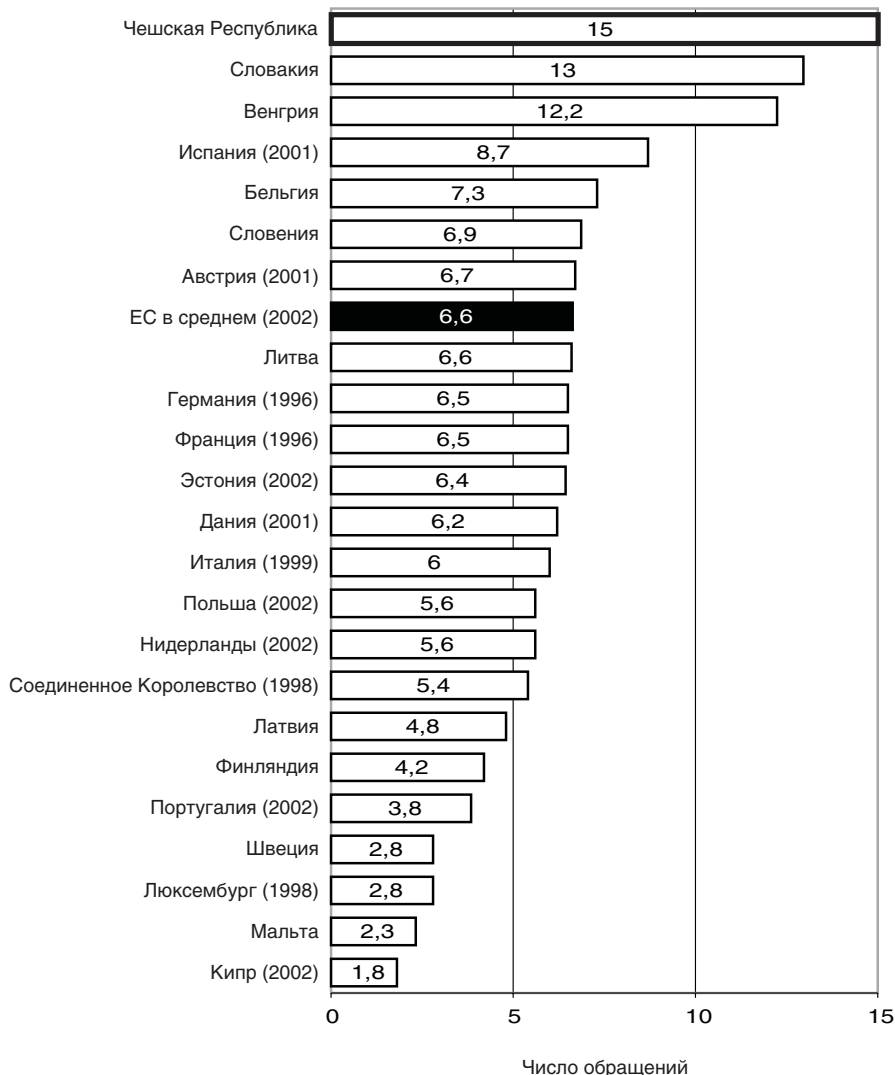


Источник: база данных «Здоровье для всех» Европейского регионального бюро ВОЗ, январь 2005.

Примечания: СНГ — Содружество Независимых Государств; страны, по которым данных нет, не включены; Македония — бывшая Югославская республика; Соединенное Королевство — Соединенное Королевство Великобритании и Северной Ирландии.



**Рисунок 136. Число обращений за амбулаторной помощью на душу населения в странах ЕС в 2003 г. В отсутствие данных за 2003 г. приведены последние из имеющихся данных (год указан в скобках)**



Источник: база данных «Здоровье для всех» Европейского регионального бюро ВОЗ, январь 2005.

Примечания: ЕС — Европейский Союз; страны, по которым данных нет, не включены; Соединенное Королевство — Соединенное Королевство Великобритании и Северной Ирландии.

мощь больным со всей страны. Если не брать столицу в расчет, предыдущая цифра уменьшится и составит 25,3 врача на 10 000 населения. Количество работников среднего медицинского звена на одного ведущего амбулатор-

ный прием врача в среднем составляет 1,9 (считая работников лабораторий и реабилитационных центров).

Примерно три четверти амбулаторных учреждений приватизировано. В 2002 г. из общего числа врачей, ведущих амбулаторный прием, 25,8% работали в амбулаторных отделениях при больницах, а 73,8% имели частную практику. На специализированные лечебные учреждения (включая курорты) приходится лишь 0,4% специализированной амбулаторной помощи, тесно связанной с соответствующей стационарной [10]. Из-за введения смешанной системы оплаты — отчасти по численности обслуживаемого населения, отчасти по объему оказанных услуг — отток узких специалистов из больниц в частный сектор в 1997 г. остановился, но число частных специалистов продолжает расти; наблюдается дублирование амбулаторных услуг, что удорожает здравоохранение.

Доступ больных к врачу не ограничивается и не регулируется. Больницы делятся на государственные и частные (коммерческие и некоммерческие). Можно выделить больницы, подчиненные напрямую Министерству здравоохранения, краевые, муниципальные и городские, частные и церковные. Особый статус имеют университетские клиники. Их положение регулируется Законом No. 111/1998 Coll. (О высших учебных заведениях), Законом No. 20/1966 Coll. (Об охране народного здоровья), и, в первую очередь, положением Министерства здравоохранения No. 394/1991 Coll. (О статусе, организации и деятельности университетских клиник). В дополнение к медицинской деятельности они занимаются обучением и научными исследованиями. Сложность положения университетских клиник вызвана их двойным подчинением — Министерству образования и Министерству здравоохранения. У каждого из двух административно-финансовых центров свои идеи, требования и полномочия. В конце 2002 г. 80 больниц принадлежали районам и в ходе реформы государственного управления были переданы в ведение краев и муниципалитетов. В зависимости от размера и оснащения больницы оказывают как амбулаторную, так и стационарную помощь (первичное и специализированное диагностическое и лечебное обслуживание). Больного принимают в больницу по направлению от врача; там должна быть указана цель госпитализации и приведена вся необходимая информация о состоянии больного. В некоторых случаях (принудительное лечение, угроза жизни или серьезная угроза здоровью больного, например при родах) больного принимают и без направления.

В конце 2002 г. в Чешской Республике насчитывалась 201 больница (11 университетских клиник, 168 больниц общего профиля и 22 больницы для долечивания; см. ниже) с общим коечным фондом 66 668 коек, из которых 61 489 приходилось на больницы общего профиля и клиники, а 5179 — на больницы для долечивания (специализированные лечебные учреждения — центры реабилитации, дома престарелых и инвалидов, психиатрические больницы — сюда не включены). К Министерству здравоохранения относились 194 больницы, а семь (1907 коек) — к другим министерствам (транспорта, обороны, юстиции). Министерство здравоохранения напрямую управляло 19 больницами (из них 11 — это университетские клиники) с 17 929 койка-

ми; имелись также 82 районных больницы с 32 882 койками, 29 краевых, городских или муниципальных с 7910 койками, а 64 больницы с 7040 койками принадлежали частным лицам. Министерству здравоохранения принадлежат лишь 19 больниц (9,5% от общего их числа), но это крупные больницы, и на них приходится 26,9% коечного фонда. Частные же больницы (31,8% от общего числа) владеют лишь 10,6% общего коечного фонда [10].

В Чешской Республике существует продуманная программа долгосрочного сокращения коечного фонда, согласно которой койки в больницах общего профиля преобразуются в койки для хронических больных. В 1990-х гг. на 1000 населения все еще приходилось 10,9 больничной койки, к 1998 г. это число снизилось примерно на 20% (до 8,6), однако с тех пор (в 1998—2002 гг.) процесс затормозился (табл. 7). За тот же период (1990—2002 гг.) средняя продолжительность пребывания в стационаре снизилась еще более резко, с 16 до 11,3 дня. Число коек общего профиля между 1990 и 2002 гг. снизилось с 8,1 до 6,3 на 1000 населения, а средняя продолжительность пребывания в стационаре — с 12,5 до 8,5 дня [2]. Объем стационарной помощи в 2002 г. вырос по сравнению с предшествующим годом. Количество госпитализаций в больницы общего профиля возросло на 3,8%, а длительность лечения увеличилась на 1,5%. Что касается больниц для долечивания и учреждений для хронических больных, то там число госпитализаций выросло на 6,5%, продолжительность пребывания в стационаре — на 7,7%.

**Таблица 7. Показатели работы больниц, 1980—2002 гг.**

Все стационары	1980	1990	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002
Количество коек	112 080	113 204	95 217	92 570	90 403	88 739	87 121	87 820	87 678	87 750
Число больничных коек на 1000 населения	10,9	10,9	9,2	9,0	8,8	8,6	8,5	8,5	8,6	8,6
Число госпитализаций, тысячи	1957	1871	2076	2108	2082	2021	1992	2053	2073	2148
Число госпитализаций на 100 населения	19,0	18,1	20,1	20,4	20,2	19,6	19,4	20,0	20,3	21,1
Средняя продолжительность госпитализации, дни	17,2	16,0	13,1	12,5	12,0	11,7	11,6	11,6	11,5	11,3
<b>Больницы общего профиля</b>	<b>1980</b>	<b>1990</b>	<b>1995</b>	<b>1996</b>	<b>1997</b>	<b>1998</b>	<b>1999</b>	<b>2000</b>	<b>2001</b>	<b>2002</b>
Количество коек	84 063	84 054	71 499	68 984	67 878	66 959	64 970	65 153	64 524	64 398
Число больничных коек на 1000 населения	8,2	8,1	6,9	6,7	6,6	6,5	6,3	6,3	6,3	6,3
Число госпитализаций, тысячи	1794	1733	1931	1958	1962	1899	1867	1924	1940	2012
Число госпитализаций на 100 населения	17,4	16,7	18,7	19,0	19,1	18,4	18,2	18,7	19,0	19,7
Средняя продолжительность госпитализации, дни	14,2	12,5	10,3	9,7	9,2	8,8	8,7	8,8	8,6	8,5
Средняя занятость койки, %	82,5	70,5	73,4	74,1	71,8	70,8	67,7	70,7	70,5	72,1

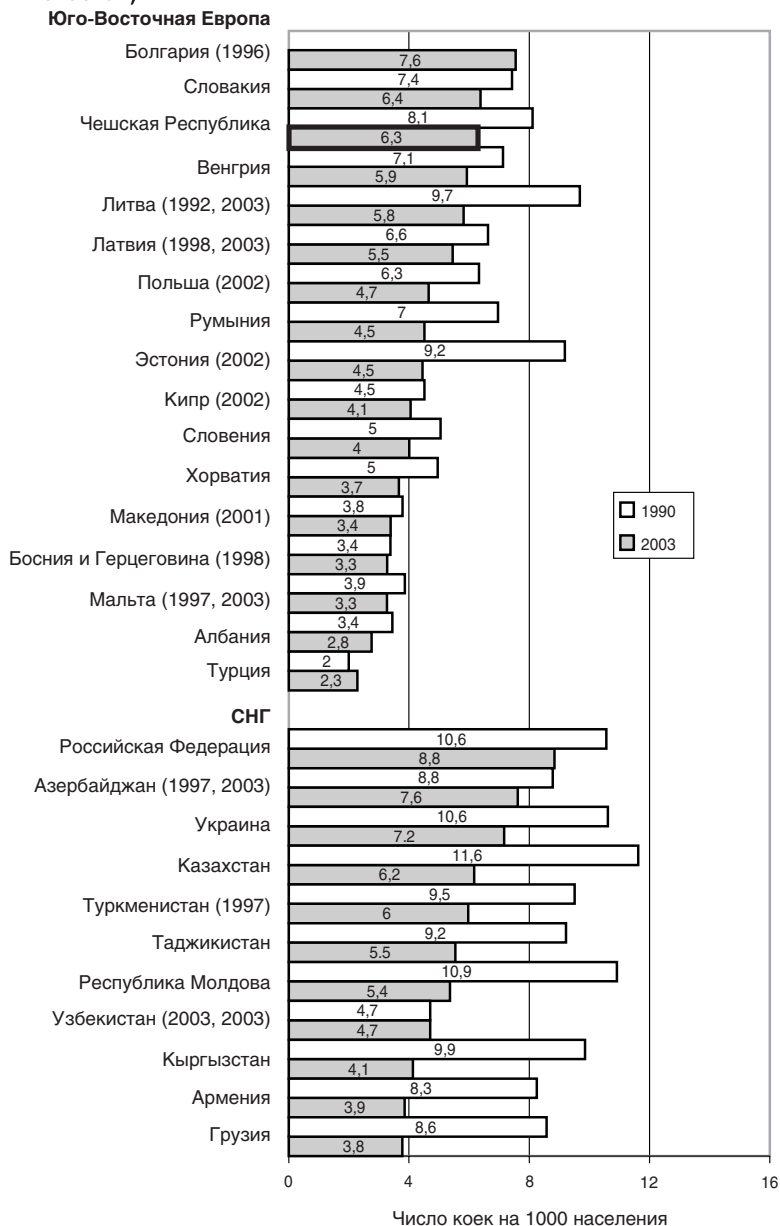
Источник: база данных «Здоровье для всех» Европейского регионального бюро ВОЗ, октябрь 2004 г.

Начав в 1990 г. с показателя, заметно превышающего средний по Центральной и Восточной Европе, Чешская Республика снизила число коек быстрее всех других стран в этом регионе, но оно все еще одно из самых высоких (рис. 14). Спад был более крутым, чем у соседей, и теперь число коек на душу населения достигло среднего в этой группе показателя (рис. 15). Средняя продолжительность пребывания в больнице в Чешской Республике все еще довольно велика в сравнении с большинством западноевропейских стран, а средняя занятость койки остается сравнительно низкой. Помимо больниц специализированным обслуживанием занимаются другие лечебные учреждения (например, интернаты для хронических больных, санатории для лечения туберкулеза и заболеваний органов дыхания, детские и взрослые психиатрические клиники и т. д.). В конце 2002 г. таких учреждений было 169, всего в них насчитывалось 23 352 койки (68 бальнеологических санаториев с 22 000 койками сюда не включены) [10]. В этом секторе здравоохранения изменения коснулись лишь домов престарелых. Причина этому — объединенное финансирование домов престарелых и больниц с 1998 г. и снижение с 1997 г. числа коек общего профиля с одновременным увеличением числа коек для длительного пребывания. В последнее время активно развиваются режимы лечения, альтернативные госпитализации, в том числе амбулаторная хирургия и стационары на дому. В результате спрос на медицинские услуги смещается в сторону первичной помощи. Особое место занимают неотложная помощь и помощь при несчастных случаях — они оказываются на месте происшествия или внезапного заболевания и при перевозке в больницу. Первая медицинская помощь при неотложных состояниях гарантирована.

## Медико-социальная помощь

При социализме медико-социальные службы были развиты слабо, и социальную помощь больным часто оказывали на больничной койке. И до сих пор предложение не удовлетворяет спрос, а некоторые виды услуг просто отсутствуют. Медико-социальная помощь является частью социального обеспечения. Она финансируется из государственного бюджета, а административные расходы — из районных и муниципальных социальных бюджетов. Медицинские страховые фонды оплачивают лишь услуги чисто медицинского характера (например, лечение в психиатрических больницах). В последние несколько лет положение улучшилось: на местах стали создавать множество небольших учреждений медико-социальной помощи на негосударственной и некоммерческой основе. Длительное лечение больных с психическими заболеваниями ведется в больницах (они финансируются подобно всем прочим). Переход к помощи по месту жительства происходит медленно, одновременно с этим проводится просветительская работа среди населения по вопросам, связанным с психическими расстройствами. Многим больным нынешняя система обеспечивает вполне приемлемое лечение, но для большинства больных с хроническими психическими заболеваниями

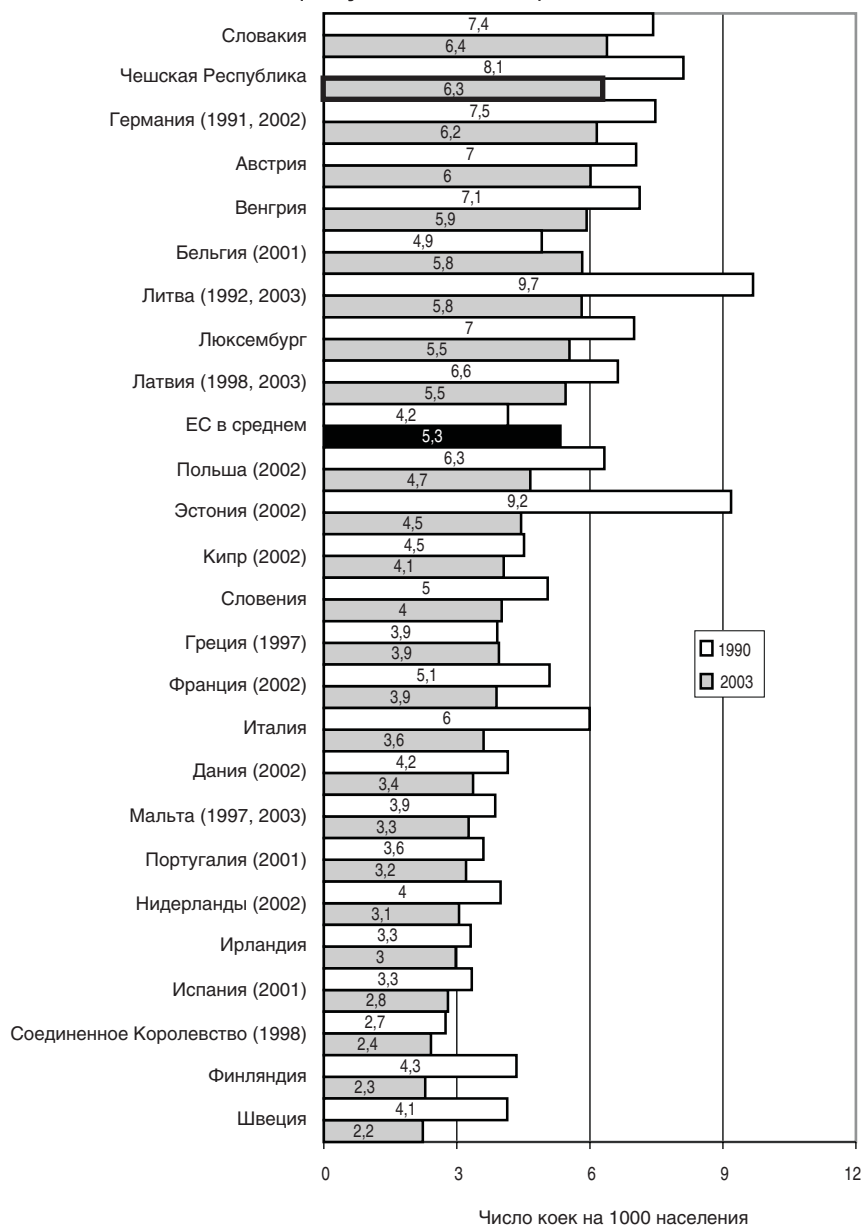
**Рисунок 14а. Число коек в больницах общего профиля на 1000 населения в Центральной и Юго-Восточной Европе и странах СНГ (1990 и 2003 гг.). В отсутствие данных за 2003 г. приведены последние из имеющихся данных (год указан в скобках)**



Источник: база данных «Здоровье для всех» Европейского регионального бюро ВОЗ, январь 2005.

Примечания: СНГ — Содружество Независимых Государств; страны, по которым данных нет, не включены; Македония — бывшая югославская республика.

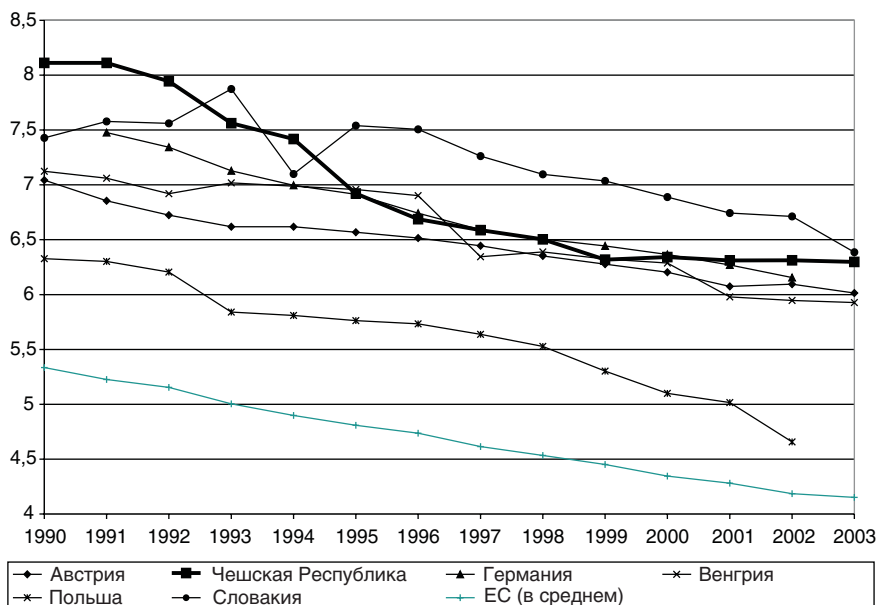
**Рисунок 146. Число коек в больницах общего профиля на 1000 населения в странах ЕС (1990 и 2003 гг.). В отсутствие данных за 2003 г. приведены последние из имеющихся данных (год указан в скобках)**



Источник: база данных «Здоровье для всех» Европейского регионального бюро ВОЗ, январь 2005.

Примечания: ЕС — Европейский Союз; страны, по которым данных нет, не включены; Соединенное Королевство — Соединенное Королевство Великобритании и Северной Ирландии.

**Рисунок 15.** Число коек в больницах общего профиля на 1000 населения в Чешской Республике, некоторых других странах и в среднем по ЕС, 1990—2003 гг.



Источник: база данных «Здоровье для всех» Европейского регионального бюро ВОЗ, январь 2005.

Применение: ЕС — Европейский Союз.

ми она не подходит. Психиатрическая помощь оказывается несистематически. Многие виды услуг и методы работы, обычные для развитых стран, мало применяются в Чешской Республике, а иногда неизвестны вовсе. Поэтому больных, особенно хронических, по многу раз госпитализируют, зачастую на долгие годы, иногда на всю жизнь. Причина этого — недостаточное внимание к этой группе больных, а также несогласованность работы медицинских и социальных служб. В дома для престарелых, как правило, длинные очереди, а качество обслуживания в них может быть очень разным. Эти учреждения финансируются государством, а не страховыми фондами. Длительное лечение ведется в больницах для хронических больных, которые финансируются страховыми фондами, поскольку дома престарелых и инвалидов не всегда доступны. В 1997 г. была введена открытая конкуренция среди учреждений долговременного ухода; возможно, именно это привело к увеличению числа коек в таких учреждениях почти до 20 000.

Основные изменения в чешской социальной политике относятся к концу 2002 г., когда полномочия районных органов управления перешли к муниципалитетам. Так завершился процесс децентрализации системы оказания социальных услуг, однако должная законодательная база пока не создана, не разработаны также стандарты качества услуг и система планирования.

В 2001 г. в Чешской Республике насчитывалось 998 учреждений для «уязвимых категорий населения». Среди них 346 домов престарелых с 36 200 койками, из них 229 основало государство (26 627 коек), 90 — муниципалитеты (8293 койки), и 19 — церковь (891 койка), и 150 домов для проживания пенсионеров (12 432 места). Кроме того, имелось 75 домов для взрослых инвалидов (6336 коек), четыре больницы для алкоголиков (161 койка), пять интернатов для психических больных (562 койки), 181 дом для умственно отсталых детей и подростков (13 161 койка) и 62 приюта для бездомных (2047 мест). Уход на дому получали 114 203 человека, в основном престарелые и инвалиды. Из упомянутых 998 учреждений 269 были 1 января 2003 г. переданы краям (лишь четыре из них — муниципалитетам) [1]. В 2002 г. Министерство труда и социального обеспечения Чешской Республики разработало стандарты качества медико-социальной помощи, но они пока что не одобрены парламентом.

Комплексная помощь на дому — единая система помощи больным по месту жительства. Она впервые появилась в стране в начале 1990-х гг. Одной из ее главных составляющих является медицинская помощь на дому — согласно законодательным нормам, это особая форма амбулаторной помощи, которую оказывают по рекомендации наблюдающего врача. Другая важная составляющая — медико-социальная помощь. В медицинской и медико-социальной помощи немалую роль играют также добровольная помощь (забота больного о себе самом, участие членов семьи или добровольцев в общем уходе).

Комплексная помощь на дому в разных местах принимает разные формы. Ее объем определяется состоянием здоровья больного, его социальным окружением, а также уровнем знаний и навыков отдельных участников комплексных бригад по обслуживанию и работников агентств по уходу на дому. Комплексная помощь на дому — часть первичной медицинской помощи. С этой точки зрения первичная помощь — начало контакта между клиентом и системами здравоохранения и социального обеспечения. Поэтому данный вид помощи опирается на принцип стабильных связей и на взаимоотношения человека с его социальным окружением, на индивидуальные представления каждого о качестве жизни.

Число агентств по уходу на дому выросло с 27 в 1991 г. до 483 в 2002 г. (162 в 1993 г., 372 в 1995 г., 480 в 1997 г.) [11]. Набор услуг медико-социальной помощи пока еще не полон, в первую очередь из-за отсутствия взаимодействия между негосударственными, государственными и частными поставщиками услуг. Нет четкого разделения между медицинскими и социальными услугами.

## Медицинские кадры и обучение

Число работников здравоохранения, особенно врачей, довольно высоко. Это одна из причин роста расходов, поэтому внедряется программа по сокращению числа врачей. Сейчас в Чешской Республике семь медицинских



факультетов, три из них в составе Карлова университета в Праге. Хотя в Чехии нет ограничений в приеме, число поступающих на медицинские факультеты и в сестринские школы все меньше и будет уменьшаться далее. Несмотря на то что выпуск врачей после пика, пришедшегося на 1995 г., снижается (табл. 8), число практикующих врачей с 1991 г. медленно, но упорно растет. Этот рост, однако, происходит медленнее, чем в соседних странах. В сравнении с ними число врачей в Чешской Республике близко к среднему значению и чуть меньше среднего по ЕС (рис. 16). Среднее число врачей на 1000 населения в 2002 г. составляло 3,5 (в пересчете на полную занятость); есть заметные различия между краями. Число медицинских сестер на 1000 населения в 2002 г. составляло 9,71. Важно отметить, что врачи в Чешской Республике в среднем сравнительно молоды и почти две трети из них составляют специалисты.

Из общего числа врачей 13% приходилось на врачей общей практики; эта цифра в последние несколько лет почти не менялась; 55,4% врачей составляли женщины; в таких областях, как педиатрия, дерматовенерология и стоматология, женщины преобладали. В Чешской Республике почти нет безработицы среди врачей (в 1999 г. было официально зарегистрировано 445 безработных врачей, в 2002 г. — 261). Средняя заработная плата в здравоохранении была ниже, чем средняя заработная плата по стране. В 2002 г. годовой прирост средней заработной платы в здравоохранении превышал средний рост зарплаты в других областях экономики на 7%. Средняя заработная плата в здравоохранении, впервые с 1996 г., почти на 7% превысила среднюю заработную плату по стране [10]. Можно ожидать, что эта тенденция сохранится и после 2004 г.

Заработная плата врачей вдвое выше среднего по стране дохода, а в частной практике врачи всех специальностей зарабатывают вчетверо больше. Тем не менее и врачи, и медицинские сестры настаивают на повышении окладов. Нужно ликвидировать имеющийся избыток специалистов путем пе-

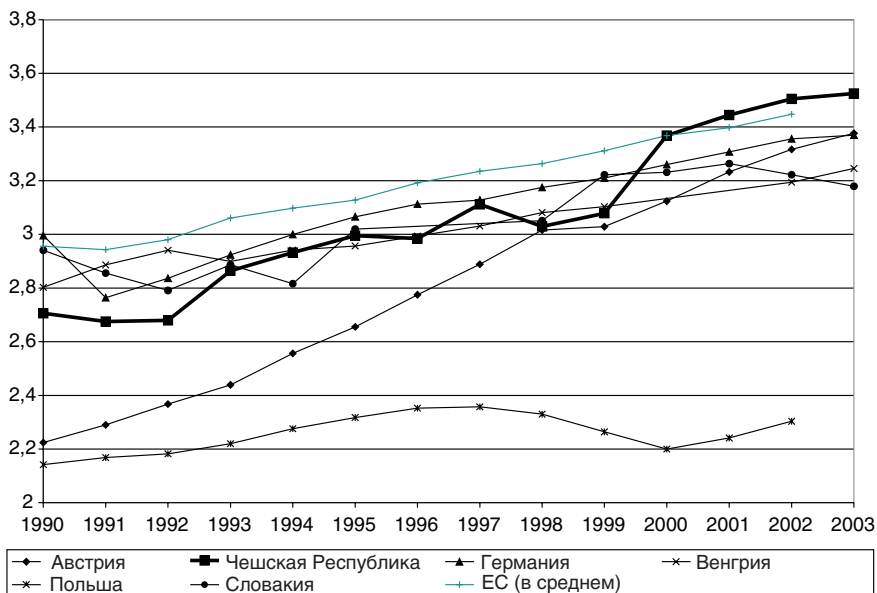
**Таблица 8. Численность работников здравоохранения на 1000 населения, 1980—2002 гг.**

Группа	1980	1985	1990	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002
Врачи <sup>а</sup>	2,26	2,58	2,71	3,00	2,98	3,11	3,03	3,08	3,37	3,45	3,50
Стоматологи <sup>б</sup>	0,46	0,52	0,54	0,60	0,61	0,63	0,62	0,62	0,65	0,66	0,66
Медицинские сестры <sup>б</sup>	7,31	8,14	8,69	8,92	8,97	8,86	8,86	8,92	9,20	9,49	9,71
Акушерки <sup>б</sup>	0,43	0,48	0,51	0,49	0,47	0,46	0,45	0,45	0,46	0,48	0,49
Фармацевты <sup>б</sup>	0,38	0,39	0,38	0,36	0,36	0,43	0,44	0,47	0,49	0,51	0,53
Выпуск врачей	0,14	0,14	0,09	0,13	0,12	0,11	0,09	0,09	0,08	0,07	0,07
Выпуск медицинских сестер	0,37	0,41	0,45	0,63	0,48	0,42	0,42	0,41	0,17	0,48	0,44

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

Примечания: <sup>а</sup> в пересчете на полную занятость; <sup>б</sup> физические лица.

**Рисунок 16. Численность врачей на 1000 населения в Чешской Республике, некоторых других странах и в среднем по ЕС, 1990—2003 гг.**



Источник: база данных «Здоровье для всех» Европейского регионального бюро ВОЗ, январь 2005.  
Примечание: ЕС — Европейский Союз.

реподготовки для работы в других областях здравоохранения, например в общественном здравоохранении или в системе общей практики.

В последние годы выросло число работающих по специальности медицинских сестер.

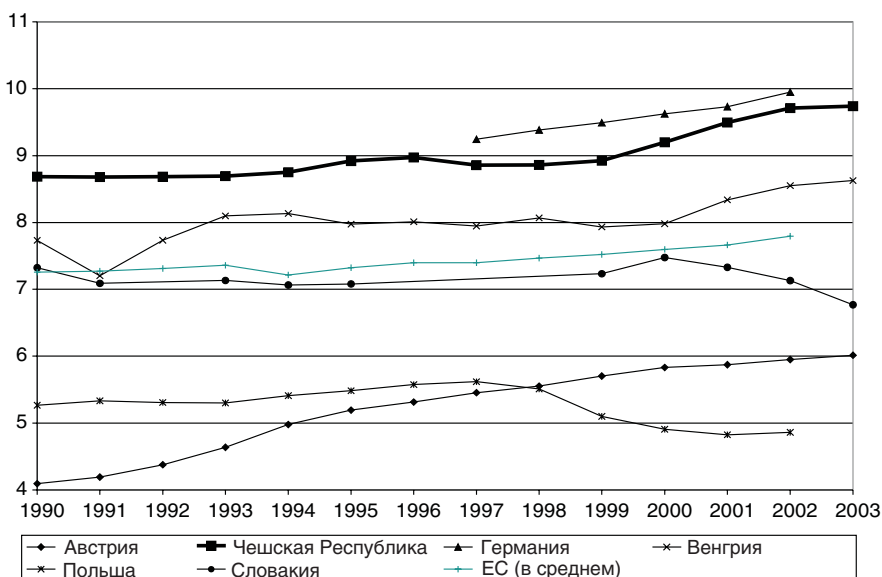
Выпуск медицинских сестер в первой половине 1990-х гг. резко вырос (с 0,45 на 1000 населения в 1990 г. до максимального показателя 0,71 в 1994 г.), а затем опустился до прежнего уровня. Из табл. 8 видно, что в 2000 г. обучение в медицинских училищах завершило необычно малое число медицинских сестер. Это следствие перемен в системе начального образования: в 1995/96 учебном году впервые было введено обязательное обучение в девятом классе (до этого начальное образование занимало восемь лет). Общее число медицинских сестер на душу населения — одно из самых высоких в Центральной и Восточной Европе (рис. 17) и выше, чем во многих странах-соседях (рис. 18).

Долгое время распределение врачей и медицинских сестер по стране было равномерным. В последние годы положение осложнилось. Сейчас, особенно в городах, слишком много врачей и не хватает сестер. Есть различия между специальностями, между городскими и сельскими районами и между промышленными и аграрными частями страны. Реформа здравоохранения повлияла как на численность медицинских работников, так и на кадровую

структуру. В чешских университетах имеется семь медицинских факультетов и два фармацевтических. За обучение и подготовку врачей и медицинских сестер отвечает Министерство образования, а за последиplomную подготовку — Министерство здравоохранения. Университеты постепенно вносят изменения в свои программы. Врачи учатся шесть лет; стоматологи и фармацевты — пять. При Министерстве здравоохранения есть два специализированных института для последиplomной подготовки работников здравоохранения (в Праге и Брно). С 1981 г. врачи не могут заниматься общей практикой, пока не завершат первый курс специализации (занимает 30 месяцев). Дальнейшая специализация является факультативной и обычно занимает от трех до пяти лет. Последиplomной специализацией врачей занимается институт последиplomного медицинского образования в Праге.

Чешская врачебная палата требует от своих членов продолжать свое образование на протяжении всей профессиональной деятельности; каждые пять лет врач должен набрать определенное число баллов за работу, связанную с повышением уровня своего образования (участие в семинарах, рабочих группах, симпозиумах, конгрессах; активное участие, т. е. лекция и т. п., дает больше баллов), или за публикации. Аналогичные требования есть у Чешской палаты стоматологов и Чешской палаты фармацевтов. Весной 2002 г. экспертная комиссия ЕС пришла к выводу, что в Чешской Республике

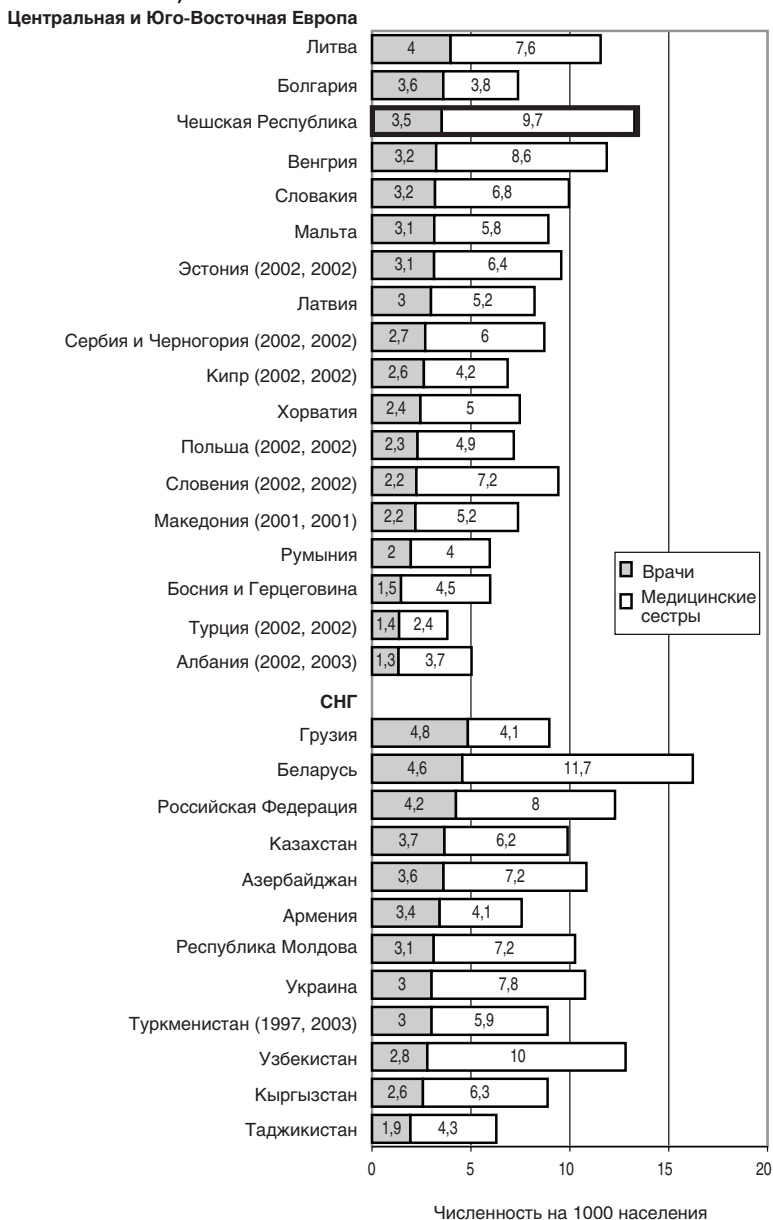
**Рисунок 17. Численность медицинских сестер на 1000 населения в Чешской Республике, некоторых других странах и в среднем по ЕС, 1990—2002 гг.**



Источник: база данных «Здоровье для всех» Европейского регионального бюро ВОЗ, январь 2005.

Примечание: ЕС — Европейский Союз.

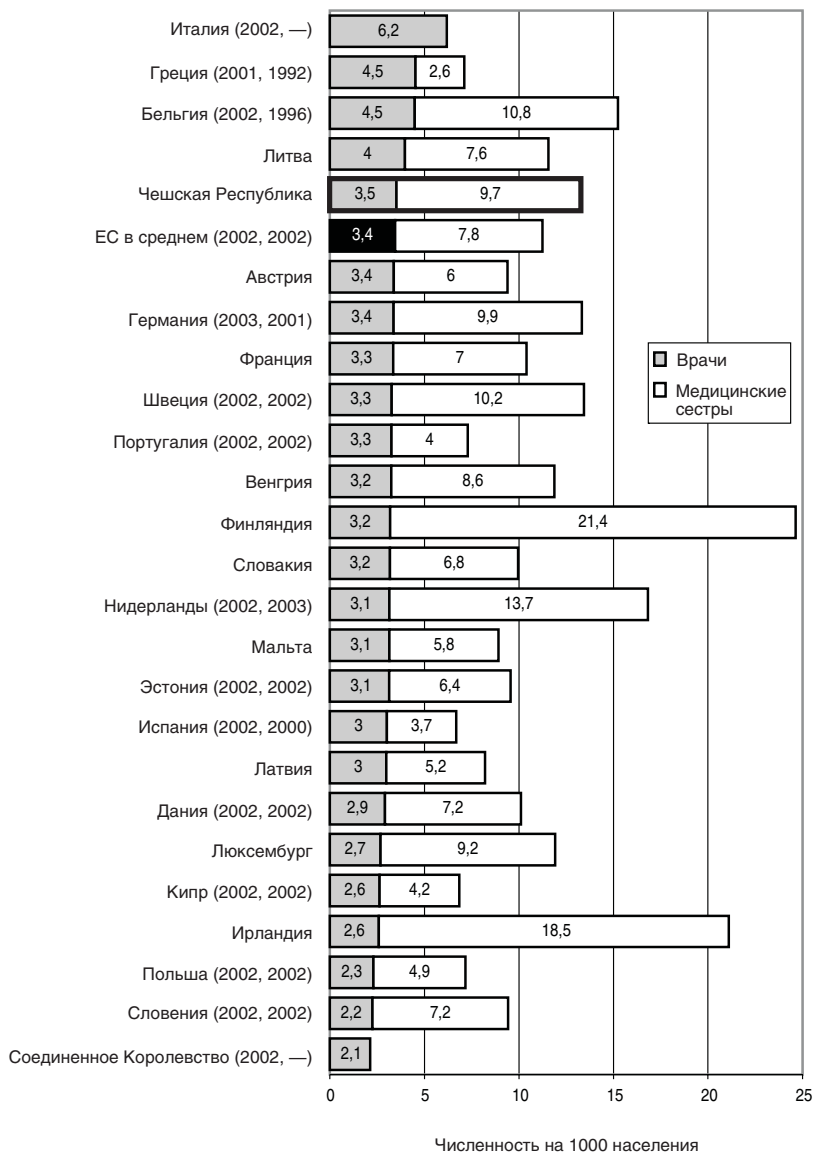
**Рисунок 18а. Численность врачей и медицинских сестер на 1000 населения в странах Центральной и Юго-Восточной Европы и странах СНГ в 2003 г. В отсутствие данных за 2003 г. приведены последние из имеющихся данных (год указан в скобках)**



Источник: база данных «Здоровье для всех» Европейского регионального бюро ВОЗ, январь 2005.

Примечания: СНГ — Содружество Независимых Государств; страны, по которым данных нет, не включены; Македония — бывшая Югославская республика.

**Рисунок 186. Численность врачей и медицинских сестер на 1000 населения в странах ЕС в 2003 г. В отсутствие данных за 2003 г. приведены последние из имеющихся данных (год указан в скобках)**



Источник: база данных «Здоровье для всех» Европейского регионального бюро ВОЗ, январь 2005.

Примечания: ЕС — Европейский Союз; Соединенное Королевство — Соединенное Королевство Великобритании и Северной Ирландии.

слишком мало стоматологов. Планируется увеличить их число, чтобы на одного врача приходилось не 1750 жителей, как сейчас, а 1500—1550. В связи со вступлением страны в ЕС стоматология будет преобразована в зубоврачебную медицину. С сентября 2004 г. должна быть введена новая программа обучения на медицинских факультетах; она еще готовится. Медицинские факультеты страдают от постоянной нехватки преподавателей, во многом по причине низких зарплат. Должно также измениться название степени, которая присваивается врачу-стоматологу по завершении обучения в институте, не «доктор медицины», как раньше, а «доктор стоматологии». Новые законы (No. 95/2004 Coll. и No. 96/2004 Coll.), касающиеся врачебной и прочей медицинской деятельности, только что приняты парламентом и сейчас внедряются.

Образование медицинских сестер имеет несколько ступеней. Основной курс — четыре года профессионального обучения в училище для медицинских сестер (с 15 лет). Есть несколько специальностей, среди них «медицинская сестра общего профиля», «лаборант» (для работы в биохимических и иммунологических лабораториях, а также в фармацевтике) и «диетическая сестра». Для выпускников средней школы есть двухлетний курс по таким специальностям, как «детская медицинская сестра», «акушерка» или «работник радиологической лаборатории». После средней школы можно поступить также в Медицинский колледж в Брно; курс обучения занимает два года. В ряде университетов есть трехлетняя программа высшего сестринского образования с присвоением степени бакалавра. Есть также пятилетний курс, дающий степень магистра. До 1998 г. часть медицинских сестер завершала свое университетское образование на философском факультете, где преподавались два предмета — сестринская подготовка и педагогика. Последипломная специализация медицинских сестер ведется в Институте последипломного медицинского образования в Брно. Возможна специализация в нескольких областях; кроме того, есть дополнительный курс по организации и управлению. Предполагается повысить возраст приема в медицинские училища до 19 лет (после окончания средней школы), поскольку девушки (подавляющее большинство медицинских сестер — женщины), поступающие в училища в 15 лет, часто бросают свою профессию. Заработная плата сестер с 1990 г. значительно выросла, и сейчас их доходы почти равны среднему доходу для работающих.

В образовании медицинских работников среднего звена будут внесены изменения; нынешняя специальность «медицинская сестра общего профиля», требующая четырех лет обучения, сменится новой — «медицинский специалист». Чешская система образования среди европейских уникальна — ее выпускники одни из самых молодых. Специальность «медицинский специалист» будет преподаваться лишь в некоторых училищах и давать степень бакалавра, а специальность «акушер» — лишь в университетах. Образование по специальностям «работник медицинской лаборатории», «диетическая сестра», «зубной техник» и «работник фармацевтической лаборатории» будет вестись в училищах, а специальности «инструктор по трудотерапии», «ассистент радиолога», «специалист гигиенической службы», «физиотера-

певт» и «акушер» будут переданы в университеты; сестринская специализация по педиатрии, психиатрии и интенсивной терапии будет полностью упразднена. Иначе будет вестись также подготовка сиделок — до сего дня их готовили в училищах, а в будущем это станет возможно только на официально признанных квалификационных курсах. Другие работники здравоохранения (психологи, логопеды, физиотерапевты и т. д.) обучаются на специализированных факультетах университетов. Их последипломная специализация построена на тех же принципах, что и у врачей, стоматологов и фармацевтов.

## Лекарственные средства и медицинские технологии

Лицензированием лекарственных средств и присвоением категорий оплаты препаратам и медицинским приспособлениям занимается Министерство здравоохранения совместно с министерством финансов и ФВМС. В этом участвуют также Чешская палата фармацевтов и представители профессиональных организаций работников здравоохранения. При амбулаторном обслуживании лекарственные средства делятся на три категории. Первая оплачивается полностью, сюда входят самые дешевые из равноэффективных вариантов всех жизненно необходимых препаратов (часто местного производства). Вторую и третью категории полностью или частично оплачивают больные: страховые фонды возмещают лишь стоимость непатентованного эквивалента. Лекарственные средства и медицинские технологии регистрируются в Институте по контролю за лекарственными средствами и медицинскими технологиями, который непосредственно подчиняется министерству здравоохранения. Он оценивает затратность и эффективность медицинских технологий по достаточно узкому кругу параметров. Расходы на лекарственные средства и закупку медицинского оборудования за последние годы возросли. Между 1991 и 2001 гг. число установок для МРТ выросло с 2 до 19, число установок для КТ с 22 до 117 [12]. Насколько необходимы были все эти закупки, пока неясно.

За последние годы чешская фармацевтическая промышленность была почти полностью приватизирована. Это сильно изменило коммерческую политику фабрик и методы производства. Несмотря на рост цен, отечественные средства много значат для чешского здравоохранения. Аптеки и оптовая торговля лекарственными средствами тоже почти целиком перешли в частные руки. Без рецепта сейчас продается не очень много лекарственных средств, но в будущем их список, возможно, расширится. Трудности со снабжением лекарственными средствами, существовавшие при социализме, почти исчезли, и сейчас главная трудность — непрерывный рост затрат. Уровень потребления лекарственных средств с 1991 г. рос медленно. Однако цены за тот же период выросли очень сильно, а потому быстро росли также расходы на лекарственные средства. В 2000 г. они составили 25,2% общих расходов на здравоохранение.

Общее потребление лекарственных средств с 1998 по 2001 г. выросло с 33,3 миллиарда до 44,2 миллиарда чешских крон, а выраженное в установленных суточных дозах на 1000 населения в день — с 1105 до 1125 за тот же период. Помимо списков полностью или частично оплачиваемых лекарственных средств для контроля расходов на рецептурные средства применяются и другие меры, описанные ниже. Некоторые препараты может прописать лишь специалист. С 1999 г. медицинские страховые фонды установили для врачей предел объема назначений лекарственных средств по стоимости. Благодаря этому рост расходов на лекарственные средства в 2000 г. остановился, но в 2001 г. наметился новый скачок.

В 1995 г. в Чешской Республике была введена система базовых цен (максимальной стоимости лекарственных средств, которую возмещают страховые фонды). Уровень оплаты зависит от количества активного вещества в лекарственном препарате. Ставки возмещения для каждого вещества указаны в Постановлении о лекарственных средствах, а основные принципы изложены в посвященном этому законе. Система базовых цен помогла замедлить рост расходов: расходы ФВМС на лекарственные средства в пересчете на душу населения в 1994 г. выросли на 39%, а в 1995 г. — даже на 43%, но в 1996 г. этот рост замедлился до 13%, а в 1997 г. — до 4%. В последующие годы он никогда не превышал 10% (около 10% в 2001 г.). В Законе No. 48/1997 (О социальном медицинском страховании) перечислена 521 группа фармацевтических продуктов, которые оплачиваются страховыми фондами. При разбивке на группы учитывается международная анатомическая, терапевтическая и химическая классификация и способ введения препарата. Указаны также конкретные условия, влияющие на возмещение затрат в каждой группе, — диагноз, специализация врача, назначившего препарат (например, кардиолог, онколог), или необходимость одобрения врачом из страхового фонда. Постановление № 57/1997 (О лекарственных средствах) определяет ставки возмещения затрат для оплачиваемых препаратов. Постановление регулярно обновляется, до 1999 г. это делалось раз в три месяца, с 1 января 2000 г. — дважды в год. Изменения опираются на рекомендации Классификационной комиссии — консультативного органа при Министерстве здравоохранения, в которую входят врачи и фармацевты, экономисты из страховых компаний, работники министерства и т. д.

В 2001 г. при Комиссии основан Координационный комитет под руководством Министерства здравоохранения совместно с директором ФВМС. Комитет, опираясь на государственную фармацевтическую политику, руководит деятельностью Комиссии. Образование Комитета, однако, не дало желаемых результатов: четких политических руководств по фармацевтической политике так и не появилось. Недавно Министерство здравоохранения, вопреки своей обычной практике, без каких-либо существенных оснований и нарушая в нескольких случаях рекомендации Комиссии, поставило под сомнение прозрачность всего процесса.

Министерство финансов устанавливает базовые цены и максимальные наценки оптовых компаний и аптек. Максимальная наценка является общей для оптовых продавцов и аптек. 1 августа 1999 г. она была снижена с 35



до 32%. Это предельная сумма; действительная величина может быть меньше. На практике наценка всегда максимальна; если оптовая компания поставит продукт дешевле, чем конкурент, аптека просто поднимает свою наценку до разрешенных 32%. Представители фармацевтов, оптовых компаний и страховых фондов предлагают ввести твердые цены, дифференцировать наценки и ввести переменную прибыль. Новый министр здравоохранения поддержал идею твердых цен. На основании Постановления о лекарственных средствах и решений Министерства финансов ФВМС составляет список, где перечислены все оплачиваемые лекарственные средства, а также базовые цены, максимальные розничные цены и другие ограничения. В регулировании фармацевтических расходов участвуют страховые фонды: они устанавливают предел затрат для каждого поставщика медицинских услуг, а за перерасход средств штрафуют.

В 1997 г. ФВМС независимо от министерства начал регулировать цены на лекарственные средства путем переговоров с производителями и импортерами, стараясь максимально приблизить их к наименьшим ценам на рынке в одной из подходящих для сравнения европейских стран. За последние годы принято несколько законов, имеющих отношение к фармацевтическому рынку. В 2000 г. были внесены поправки в принятый в 1997 г. Закон о лекарственных средствах; еще одна поправка сейчас обсуждается парламентом. Их цель — привести законы, регулирующие фармацевтический рынок, в соответствие с законами ЕС. Одобрены также поправки к патентному законодательству, делающие невозможной разработку непатентованного продукта, пока действует патентная защита. В прошлом году были приняты также поправки к Закону о рекламе.

Далее перечислены еще некоторые вопросы (и возможные пути их решения), связанные с лекарственным обеспечением:

- поддерживать фармацевтические расходы на умеренном уровне (вскрывать и устранять имеющиеся напрасные траты, сдерживать расходы так, чтобы они не превышали доходов страховых фондов);
- совершенствовать разбивку лекарственных средств по категориям;
- разделить системы оплаты лекарственных средств для стационарной и амбулаторной помощи;
- устранить дублирование оплаты лекарственных средств, особенно в больницах (т. е. следить, чтобы на лекарственные средства не выписывали рецепт, если они входят в больничное финансирование).

# Распределение средств

## Бюджет здравоохранения и распределение средств

**Б**юджет здравоохранения зависит прежде всего от уровня личных доходов населения (застрахованных), поскольку размеры страховых фондов напрямую зависят от размеров поступлений. Недостающее покрывается из государственного и краевых бюджетов.

Одна из наиболее примечательных черт реформы чешского здравоохранения — быстрый рост расходов. Они росли каждый год начиная с 1990 г., но особенно резко — между 1992 и 1993 гг., после введения страховой системы (примерно на 60% в пересчете на душу населения). Рост продолжался и потом, хотя уже медленнее, например, расходы ФВМС в 1994 г. выросли на 36%, в 1995 г. — на 21%, в 1996 г. — на 14% и в 1997 г. — на 9% (всего с 1993 по 1997 г. — на 105%). Через страховые фонды проходит около 90% государственных средств, расходуемых на здравоохранение, поэтому страховые фонды — важнейшее действующее лицо в распределении ресурсов (рис. 19). Как уже говорилось, страховые фонды заключают с больницами и врачами контракты на предоставление услуг. Изначально оплата производилась исключительно по объему оказанных услуг, платежи опирались на прејскурант, в котором каждому виду услуг соответствовало определенное количество баллов. Затем оно умножалось на стоимость одного балла, таким образом рассчитывалась величина оплаты. Стоимость балла зависела от таких факторов, как допустимый максимум, указанная в контракте величина и общий объем услуг, который должен оплатить данный фонд. В то время максимальную стоимость одного балла устанавливало Министерство финансов.

Контракты каждый фонд заключал самостоятельно, и те фонды, в которых уровень взносов выше, могли предложить более высокую стоимость балла. Поставщикам услуг было выгодно побуждать больных к смене страхового фонда, чтобы получать больше денег. Однако реальные различия между фондами были не столь велики: другие фонды часто брали стоимость балла как у ФВМС. Поскольку существовала максимальная величина общей суммы выплат, рост объема услуг привел к снижению стоимости балла во всех фондах.

Рисунок 19. Схема финансирования здравоохранения

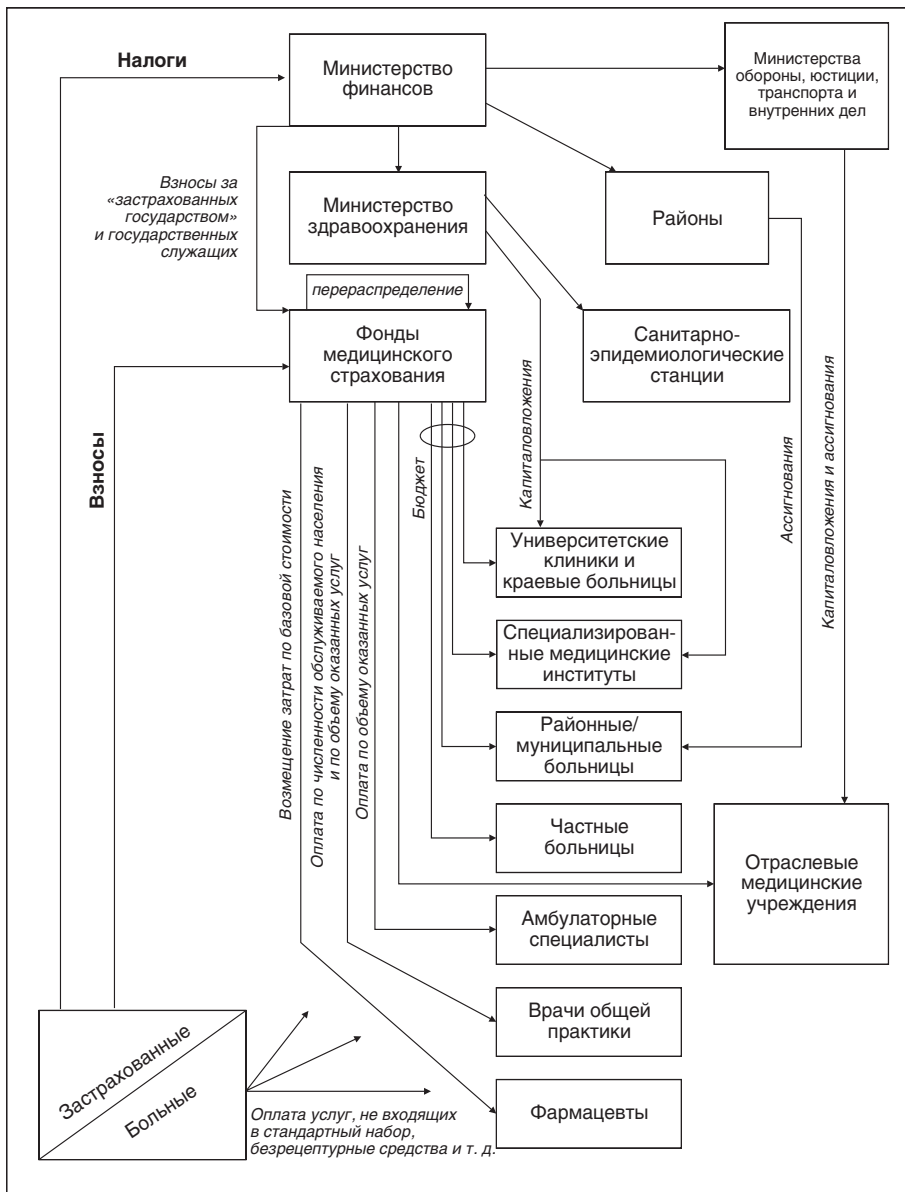


Схема подготовлена редакторами.

До 1994 г. медицинские страховые фонды не могли при заключении контракта ограничивать объем услуг. Поэтому они не могли покупать услуги активно, а лишь оплачивали те услуги, которые предоставляли поставщики, заключившие контракт. Закон 1994 г. дал возможность отчасти ограничивать объем услуг, поскольку свыше определенного объема услуги можно оплачивать дешевле. По сути это было введение третьего фактора, определяющего стоимость балла.

Положение изменилось в 1997 г. после введения Закона No. 48/97 Coll. и дополняющих его постановлений. Порядок ограничения объема услуг в контрактах был четко определен. Разрешено применение схем оплаты, отличных от оплаты по объему оказанных услуг. По-новому устанавливалась единая величина стоимости балла: это результат переговоров между страховыми фондами и поставщиками услуг, но требующий одобрения Министерства финансов. Таковы были важнейшие изменения в финансировании здравоохранения со времени введения в 1992—1993 гг. страховой системы.

В июле 1997 г. Министерство здравоохранения опубликовало новый прейскурант с новым количеством баллов для каждой услуги. Его подвергли критике как медицинские работники, убежденные, что при новой системе действительная стоимость их услуг не будет им возмещаться, так и страховщики, которые доказывали, что при новых значениях стоимости баллов страховых взносов не хватит на оплату предполагаемого объема услуг. В настоящее время (2003 г.) существует около 3800 различных услуг, которые оплачиваются по балльной системе.

На структуру расходов с 1993 г. влияли следующие факторы:

- изменение набора услуг и уровня их оплаты страховыми фондами;
- рост числа видов частной медицинской помощи и все большее распространение новых медицинских технологий, что привело как к количественному, так и качественному росту предлагаемых услуг;
- распространение импортных лекарственных средств;
- изменения в порядке возмещения расходов.

## Финансирование больниц

С середины 1997 г. расходы больниц возмещаются страховыми фондами согласно бюджету (или, скорее, бюджетам, поскольку каждый страховой фонд индивидуально заключает контракт с больницей); он основывается на прошлогоднем бюджете с учетом уровня инфляции. Чтобы оценить деятельность больницы — иными словами, сопоставить объем оказываемых услуг и количество выделенных средств, — используются баллы из прейскуранта. Бюджеты ввели из-за недостатков предыдущей системы финансирования больниц, существовавшей с 1993 по 1997 г.: оно производилось по объему оказанных услуг, каждой из которых присваивалось определенное количество баллов. При этом страховщик получал счета, содержавшие идентификационный код больного и список оказанных услуг. Оплате подлежало примерно 4500 услуг, каждая со своим числом баллов, зависящим от

времени, нужного для проведения процедуры. Кроме того, определенная сумма в баллах начислялась за каждый день пребывания пациента в больнице; наконец, выплачивалась твердая сумма на лекарственные средства. Стоимость баллов рассчитывалась так: средства, оставшиеся после возмещения прямых материальных издержек, делились на общее число баллов. Стоимость балла предполагалась одинаковой по всей стране, но поскольку каждый фонд производил расчеты самостоятельно, могла отличаться у разных фондов. Система была небезупречна: объем услуг в больницах (в том числе в амбулаторных отделениях) при ней заметно вырос, а некоторые услуги (особенно инвазивные вмешательства в таких областях, как офтальмология или ортопедия) были оценены слишком высоко. Кроме того, не учитывались более высокие затраты на оплату труда в некоторых больницах (особенно в Праге). К сокращению длительности госпитализации эта система тоже не вела, и с конца 1994 г. при оплате пребывания пациентов в больнице была введена т. н. подвижная шкала.

С 2001 г. каждой больнице дополнительно выплачивается твердая сумма в зависимости от числа госпитализаций. В регулирующие положения достаточно часто (дважды в год) вносятся изменения, поэтому здесь описаны лишь основные принципы.

- Если число госпитализаций в данной больнице за некоторый период текущего года не превышает 101% от числа госпитализаций за тот же период предшествующего года, выплата производится в полном объеме.
- Если оно выше 101%, но меньше 105% от числа госпитализаций в предыдущем году, за случаи, превышающие 101%, сумма выплат уменьшается вдвое (до 101% платится полностью).
- Если число госпитализаций выше 105%, сумма выплат за те из них, что превышают эти 105%, снижается в пять раз (до 105% она рассчитывается как описано выше).

Хотя расходы ФВМС на стационарную помощь в расчете на душу населения между 1993 и 1997 гг. выросли на 51% (и на 24% между 1998 и 2001 гг.), этот рост был медленнее, чем в других секторах. Как при старой системе финансирования, так и при нынешней оплата должна покрывать текущие расходы и включать амортизационные отчисления, из которых финансируются капиталовложения. Правда, капиталовложения университетов и краевых больниц финансирует государство, а районные больницы зачастую получают деньги от муниципалитетов. Эти источники средств доступны только для государственных учреждений. Если приватизация учреждений здравоохранения продолжится, в будущем важно будет уравнивать условия инвестирования для всех поставщиков услуг.

Сейчас готовится введение системы клинко-затратных групп, что должно устранить некоторые из нынешних трудностей. Для больниц это будет большим новшеством, поскольку они свыше 83% средств получают от страховых фондов [12].

## Оплата труда врачей

Зарботки врачей в частном и в государственном секторах сильно разнятся. Вторая категория работает в основном в государственных больницах — они получают жалование, которое выше, чем среднее по стране. Врачам в частном секторе платят за услуги. Первоначально оплата велась, как описано выше, исключительно по объему оказанных услуг. Существовал максимум оплаты — больше услуг означало, что за каждую из них платится меньше. Чтобы компенсировать это, врачи старались увеличить число услуг (что еще сильнее снижало уровень оплаты); особенно это касалось специалистов. С 1993 по 1997 г. расходы ФВМС на врачей общей практики в пересчете на душу населения выросли на 31%, а на амбулаторно принимающих специалистов — на 258% (и снижение объема амбулаторных услуг в больницах тут ни при чем — эти расходы в пересчете на душу населения тоже выросли на 67%).

Чтобы разорвать этот порочный круг, в 1997 г. Министерство здравоохранения и ФВМС ввели определенные меры — разные для врачей общей практики и для специалистов. Врачам общей практики стали платить по числу обслуживаемых больных. Различным возрастным группам (их 18) присвоены коэффициенты, снижающие или повышающие оплату. Пол больных не учитывается. Группе от 0 до 4 лет присвоен коэффициент 3,8; от 20 до 24 лет — 0,9; от 60 до 64 лет — 1,5; а группе больных старше 85 лет — 3,4. Число больных, которых обслуживает один врач, имеет предел; если он превышен, оплата за каждого больного снижается. Часть услуг, например профилактические осмотры, посещение больных на дому и т. д., продолжает оплачиваться по старой схеме (это составляет примерно 30% дохода врачей). Для специалистов, ведущих амбулаторный прием, во второй половине 1997 г. была введена система единовременных выплат на основе оплаты за тот же квартал прошлого года с учетом инфляции (система, сходная с финансированием больниц). Сумма выплачивалась целиком, если объем услуг достиг хотя бы 70% от их объема за тот же квартал прошлого года. Эти условия страховщики ввели на основе информации Министерства здравоохранения о том, что 20—30% оказываемых услуг представляли собой просто «погоню за баллами» для повышения дохода. Действительно, оказалось, что во второй половине 1997 г. объем услуг упал примерно на 20%. В январе 1998 г. опять вернулись к старой системе оплаты. Теперь, однако, по объему услуг есть ограничения (введены в 2001 г.), так что деятельность специалистов оплачивается лишь до некоторого предела.

Кроме того, стоимость балла зависит от числа отработанных часов: на-пример, меньше девяти часов в день — 1 крона за балл, а больше девяти, но меньше двенадцати — только 0,8 кроны (данные на 1999 г.).

В отличие от частнопрактикующих специалистов, в стационарах за оказанные амбулаторные услуги выплачивается определенная твердая сумма.

Стоматологическая помощь с июля 1997 г. оплачивается по специальному прейскуранту, где стоимость услуг указана непосредственно в кронах, а не в баллах. Стоимость некоторых процедур складывается из нескольких состав-

ляющих. При использовании более дорогих материалов больной полностью оплачивает стоимость процедуры; в этом случае страховой фонд не возмещает ни стоимость стандартной процедуры, ни стоимость стандартного материала.

Упомянутые изменения в оплате труда врачей общей практики, амбулаторных специалистов и больниц с середины 1997 г. изменили систему заинтересованности медицинских работников. Теперь врачи не стремятся оказывать избыточное количество услуг. Более того, новые схемы, наоборот, побуждают некоторых врачей сократить помощь до минимума. Мысль о том, что часть больных они лечат «без оплаты», все еще не покидает этих врачей. Важно, однако, заметить, что общий бюджет не изменился, а для некоторых групп врачей даже вырос.

# Реформы здравоохранения

## Проведение реформ

**В** начале 1990-х гг. в чешском здравоохранении многое изменилось. Реформы шли очень быстро и довольно гладко (относительно реформ до 1998 г. см. раздел «История»; реформы с 1991 г. перечислены в Приложении 1). Но с конца 1990-х гг. скорость проведения реформ несколько снизилась. Между 1998 и 2004 гг. произошли только небольшие изменения частного характера, касающиеся оказания медицинской помощи и обязательного медицинского страхования.

Основной закон, регулирующий государственное медицинское страхование, No. 48/1997 Coll. (первоначально принятый лишь на ограниченный срок), все еще остается в силе, даже после новых выборов. В решение самых острых вопросов чешского здравоохранения, в том числе вопросов финансирования, внесены некоторые изменения. Однако по-настоящему финансовую ситуацию в страховании это не изменило.

В другой ключевой закон, имеющий отношение к здравоохранению, а именно в Закон об охране народного здоровья (No. 20/1966 Coll.), в 1998—2002 гг. неоднократно вносились поправки. В апреле 2001 г. правительство представило законопроекты о здравоохранении и о деятельности медицинских учреждений. Однако в декабре 2001 г. палата депутатов отвергла эти законопроекты в первом чтении. Новых предложений пока нет.

Некоторые изменения в законодательстве связаны со вступлением Чешской Республики в ЕС: в частности, принят Закон No. 123/2000 Coll., содержащий положения относительно медицинских приборов, Закон No. 407/2001 Coll., вносящий поправки в Закон о наркотических веществах, и Закон об охране общественного здоровья (No. 258/2000 Coll.). Кроме того, нужно упомянуть Закон о трансплантации (No. 285/2002 Coll.), который ввел крайне необходимое регулирование трансплантационной медицины Министерством здравоохранения.



## Цели и задачи

После выборов 1998 г. Чешская социал-демократическая партия образовала правительство меньшинства. Предвыборная программа партии, озаглавленная «Вместе за лучшее будущее», смотрела на здоровье как на «общественное достояние, источник богатства общества и хороших условий жизни, а не просто частное дело и имущество». Любые ограничения принципа единства с теми, у кого низкие доходы, с больными и престарелыми, были объявлены неприемлемыми. Оплата медицинских услуг должна была способствовать повышению эффективности и в то же время поддержанию высокого качества медицинской помощи. Позднее эти принципы были отражены в Программном заявлении правительства (1998 г.) и Концепции здравоохранения (март 1999 г.).

К концу 1999 г. в Министерстве здравоохранения назрели внутренние проблемы; вдобавок министр сталкивался с трудностями в своих отношениях с парламентом. В ответ на давление со стороны парламента премьер-министр отправил министра здравоохранения в отставку. Новое руководство министерства начало работу в феврале 2000 г. и свою главную задачу видело в наведении порядка и установлении спокойствия. В его планах не было никаких заметных реформ.

В июне 2000 г. Министерство здравоохранения представило правительству проект поправок к Закону No. 48/1997 Coll. (Об обязательном медицинском страховании), Закону No. 280/1992 Coll. (Об отраслевых и ведомственных медицинских страховых фондах), Закону No. 551/1991 Coll. (О Фонде всеобщего медицинского страхования) и Закону No. 592/1992 Coll. (О страховых взносах в системе всеобщего медицинского страхования). Эти поправки должны были привести законы в соответствие с программным заявлением социал-демократов, устранив имеющиеся недочеты. Однако по различным причинам они так и не были приняты, и министр здравоохранения отозвал правительственные предложения из Палаты депутатов.

В 2000 г. Министерство здравоохранения основало Центр международной оплаты медицинских услуг, что было связано с принципом свободного перемещения лиц в ЕС. На интернет-странице центра ([www.cmu.cz](http://www.cmu.cz)) приведена информация, важная как для иностранцев, так и для граждан Чешской Республики. Там публикуются документы, касающиеся предоставления медицинской помощи в других странах ЕС (инструкции № 1408/71 и 574/72, решения Европейского суда, международные соглашения по социальному обеспечению и список соглашений о предоставлении медицинской помощи).

Два закона, принятых в 2004 г., важны для согласования чешского законодательства с европейским, что необходимо при вступлении в ЕС. Они определяют порядок присвоения и подтверждения профессиональной квалификации в медицинских профессиях: Закон No. 95/2004 Coll. (Об условиях присвоения и подтверждения квалификации врача, стоматолога и фармацевта) и Закон No. 96/2004 Coll. (Об условиях присвоения и подтверждения квалификации работников немедицинских специальностей, занятых в здра-

вохранении, и о внесении изменений и дополнений в соответствующие законодательные акты (Закон о неврачебной деятельности в здравоохранении)). Их подготовка и обсуждение заняли больше четырех лет. Помимо правительственного варианта была также версия, разработанная парламентом. Оба варианта содержали ряд неясностей и спорных мест. Разные интересы различных медицинских профессий привели к спорам; в конце концов были приняты два закона, один для врачей и фармацевтов, другой для прочих работников.

Следом за Двухгодичным коллективным соглашением между Чешской Республикой и Европейским региональным бюро ВОЗ в 2002—2004 г. было проведено исследование, посвященное политике по укреплению здоровья населения в Чешской Республике и ее материальной базе. Исследование оценило произошедшие в стране изменения и сформулировало ряд предложений, касающихся дальнейшего развития такой политики.

В 2003—2004 г. между девятью страховыми фондами была достигнута договоренность о реформе механизма компенсации рисков. В системе обязательного медицинского страхования распределение собранных взносов не точно отражало различия в заболеваемости среди застрахованных в различных фондах. Это вело к растущим излишкам в «богатых» фондах, членами которых являются более обеспеченные работники крупных компаний, и к постоянным потерям в ФВМС. Существующая система перераспределяла лишь 60% взносов и только по одному критерию — возрасту (до 60 лет и старше). Теперь в течение промежуточного периода (два года) все собранные взносы (100%) будут перераспределяться согласно двум критериям. Один из них — возраст, а другой отражает степень использования ресурсов (например, при лечении хронических заболеваний) или заболеваемость. Что именно будет выбрано в качестве второго критерия, пока неясно.

В апреле 2004 г. министр здравоохранения подготовил новую концепцию реформы здравоохранения, предлагавшую повысить долю частичной оплаты медицинских услуг, что должно снизить предполагаемое избыточное использование медицинских ресурсов. Помимо этого предлагалось разделить медицинское страхование и страхование лечения хронических больных, одновременно исключив из обязательного страхового набора некоторые услуги (заменяв их дополнительным частным медицинским страхованием). Кроме того, планировалось ввести единое управление медицинским страхованием, чтобы следить за деятельностью девяти страховых фондов.

Из-за провала на выборах в Европарламент правительство в середине 2004 г. ушло в отставку. Новым министром здравоохранения в августе 2004 г. была назначена Милада Эммерова. Сразу же после своего назначения она представила для широкого обсуждения программу на 2005—2009 гг. С некоторыми добавлениями 1 февраля 2005 г. этот документ был представлен правительству на обсуждение. Программа затрагивает вопрос о финансовом дефиците государственного страхования, предлагает разработать краевые планы по работе общественного здравоохранения, вносит предложения по более эффективному государственному управлению обязательным медицинским страхованием, а также предлагает новую систему для разбора

жалоб больных. Мелкие страховые фонды пытаются не допустить предполагаемых изменений, опасаясь упразднения системы, при которой существует несколько страховых фондов.

Правительство намерено разработать закон об учреждениях здравоохранения, где будут изложены принципы планирования государственного здравоохранения. Закон должен усовершенствовать структуру здравоохранения, устранив избыток или нехватку медицинских услуг в различных частях страны. Предлагаются также меры по упрочению стабильности финансового управления больницами и страховыми фондами. Однако время для проведения своих планов в жизнь у нынешнего правительства ограничено: летом 2006 г. пройдут новые выборы.

## Заключение

С начала 1990-х гг. в здравоохранении Чешской Республики произошли быстрые и значительные перемены. Цели реформы уточнялись по мере того, как начинали ощущаться ее результаты. В 1989 г. важнейшими вопросами считались гуманизация и демократизация здравоохранения, а также отделение его финансирования от государственного бюджета. Для этого было введено обязательное медицинское страхование. Необходимо было изыскать средства и выбрать методы их эффективного распределения. Ожидалось, что эти методы, например оплата по объему оказанных услуг, повысят рентабельность здравоохранения, но позднее оказалось, что они способствуют росту избыточных назначений.

Потребности населения в медицинском обслуживании удовлетворяются практически полностью. Успехов сегодня, несомненно, больше, чем провалов, но ряд трудностей, стоящих перед чешским здравоохранением, еще предстоит преодолеть, если действовать творчески и энергично, без предубежденности, стараясь достичь согласия в политике здравоохранения.

До нынешнего дня главными заботами руководителей здравоохранения были финансовая нестабильность, недостатки системы медицинского страхования и больницы. Чешской Республике приходилось иметь дело с растущим дефицитом государственного бюджета. До сих пор Министерство финансов и центральная власть искали решение проблемы лишь в ограничении расходов, а не в более эффективном управлении и не в развитии отраслей, стимулирующих экономический рост (например, научные исследования, образование). Ситуацию осложняет политический нажим в сторону снижения налогов. Это может ухудшить социальное и экономическое положение менее обеспеченных слоев населения. В то же время из-за нерентабельного использования средств и неравномерного их распределения по стране бессмысленные расходы в здравоохранении все еще есть. Для государственных деятелей и других заинтересованных лиц важно обсудить возможность кардинально сменить принципы политики здравоохранения. Речь идет о реформах, сходных с теми, что провела Словакия под влиянием Всемирного банка. В случае проведения этих реформ средствами обязательного страхования будут управлять частные коммерческие страховые компании (акционерные общества).

В 2004 г. Всемирный банк участвовал в дискуссиях, проходивших в стране. Чешская Республика собирается усилить конкуренцию в системе обязательного медицинского страхования, а также повысить самостоятельность больниц; делаются попытки разработать соответствующие механизмы для оплаты стационарной медицинской помощи (клинико-затратные группы).

Сейчас решается, в каком направлении двигаться чешскому здравоохранению. Из-за важности и уязвимости этой сферы основные политические решения должны быть согласованными, вести к рационализации и более высокой эффективности во всех областях системы здравоохранения, т. е. в медицинской помощи, в финансировании и в политике укрепления здоровья.

Многое будет зависеть от того, внедрит ли руководство страны рыночные отношения в сфере здравоохранения. Один вариант — приблизить к рынку государственную страховую систему, сделать заключение контрактов более свободным и ввести конкуренцию между поставщиками услуг. При этом больницы будут приватизированы, а степень оплаты населением медицинской помощи возрастет — подход, который называется «невидимая рука». Другой вариант — сохранить нынешний подход, т. е. продолжать полагаться на «видимую руку».

Самое важное в ближайшем будущем — решать проблемы во взаимосвязи, а не подходить к каждому вопросу по отдельности, как раньше. В последние годы положение осложнялось недостаточным взаимодействием между руководителями здравоохранения, поставщиками медицинских услуг, представителями страховых фондов и различных профессиональных объединений, организациями больных и населением.

Благодаря системе обязательного медицинского страхования финансирование здравоохранения окончательно отделилось от государственного бюджета — теперь бюджет отвечает только за капиталовложения в здравоохранении. Однако в системе есть некоторые сомнительные финансовые стимулы, которые следует устранить. В ходе децентрализации больницам-должникам были назначены дотации, однако деньги переводились нерегулярно, это побуждало руководство больниц заниматься политическим лоббированием вместо того, чтобы менять структуру и образ деятельности. Еще одна проблема — больницам платят ретроспективно, то есть на основе прошлогоднего финансирования, а это лишь частично отражает их текущую деятельность. Таким образом, экономическое воздействие на руководство больниц с целью повышения их продуктивности и финансового оздоровления следует усилить.

В любом случае, хочет ли государство ввести конкуренцию между страховыми фондами или сохранить существующее положение, настоятельно требуется более совершенный и справедливый механизм компенсации рисков. Чтобы эффективнее распределять ресурсы и предоставить всем страховым фондам равные возможности, следует учитывать не один только возраст. В качестве дополнительного критерия можно было бы использовать, скажем, нетрудоспособность, так как это значительно улучшило бы формулу перераспределения средств.

Следует вдумчиво пересмотреть набор услуг государственного страхования. Многие из них не относятся к необходимым, а являются излишней роскошью, например, безрецептурные лекарственные средства, санаторно-курортное лечение и т. д. — в большинстве других европейских стран это оплачивают сами потребители, непосредственно или через дополнительное частное медицинское страхование.

То, что страхование от несчастных случаев не входит в систему государственного медицинского страхования, подвергалось критике. Работодатели обязаны страховать своих работников в частной компании «Кооператива». Включение страхования от несчастных случаев в общую систему — шаг, который давно считается необходимым, хотя в других странах страхование от несчастных случаев и медицинское страхование часто являются разными системами.

Как и в некоторых других странах, существует еще одна проблема системы здравоохранения — работники страховых фондов часто не обладают нужной квалификацией (отсутствуют знания в области экономики здравоохранения, юриспруденции, теории медицинского страхования, эпидемиологических методов и страховых расчетов). В то время как за рубежом работники страховой системы должны достаточно долго обучаться, в Чешской Республике для работы в страховых фондах не существует никаких требований; их персонал приобретает нужные знания прямо на рабочем месте. Знания и квалификация персонала в этой сфере растут медленно, и так же медленно вырабатываются требования для работы в этой области. Необходимые знания недостаточно представлены в учебных программах для медицинского персонала, экономистов и юристов.

Большим недостатком является то, что развитие системы государственного страхования в Чешской Республике слабо контролируется обществом. Нынешние ежегодные отчеты не решают этой задачи. Чешское здравоохранение должно стать более прозрачным для граждан страны, а также для других европейцев. С этой целью следовало бы публиковать подробные ежегодные отчеты на чешском и английском языках.



# Приложения

## Приложение 1. Перечень новых законодательных положений в области здравоохранения (включая постановления Конституционного суда)

<b>Закон №</b>	<b>Название</b>	<b>Действует с:</b>
<b>Июнь 1990 г. — июль 1992 г.</b>		
220/1991 Coll.	Закон Чешского Национального совета от 8 мая 1991 г. о Чешской врачебной палате, Чешской палате стоматологов и Чешской палате фармацевтов	1 июня 1991 г.
548/1991 Coll.	Закон Чешского Национального совета от 5 декабря 1991 г., вносящий изменения и дополнения в Закон No. 20/1966 Coll. (Об охране народного здоровья) согласно Законам Чешского Национального совета No. 210/1990 Coll. и No. 425/1990 Coll.	1 января 1992 г. (1 апреля 1992 г.)
550/1991 Coll.	Закон Чешского Национального совета от 6 декабря 1991 г. о всеобщем медицинском страховании	1 января 1992 г. (1 января 1993 г.)
551/1991 Coll.	Закон Чешского Национального совета от 6 декабря 1991 г. о фонде всеобщего медицинского страхования	1 января 1992 г. (1 января 1993 г.)
160/1992 Coll.	Закон Чешского Национального совета от 19 марта 1992 г. о медицинской помощи в негосударственных учреждениях здравоохранения	15 апреля 1992 г.
280/1992 Coll.	Закон Чешского Национального совета от 28 апреля 1992 г. об отраслевых и ведомственных медицинских страховых фондах	1 июля 1992 г. (1 января 1993 г.)
<b>Июль 1992 г. — июль 1996 г.</b>		
592/1992 Coll.	Закон Чешского Национального совета от 28 апреля 1992 г. о страховых взносах в системе всеобщего медицинского страхования	1 января 1993 г.



161/1993 Coll.	Закон от 19 мая 1993 г. об изменениях в системе всеобщего медицинского страхования и о внесении изменений и дополнений в некоторые законы	1 июля 1993 г.
324/1993 Coll.	Закон от 3 декабря 1993 г., вносящий изменения и дополнения в Закон Чешского Национального совета No. 550/1991 Coll. о всеобщем медицинском страховании (полная версия в Законе No. 295/1993 Coll.) и в Закон Чешского Национального совета No. 592/1992 Coll. о страховых взносах в системе всеобщего медицинского страхования (полная версия в Законе No. 296/1993 Coll.)	1 января 1994 г.
241/1994 Coll.	Закон от 7 декабря 1994 г., вносящий изменения и дополнения в Закон Чешского Национального совета No. 589/1992 Coll. о социальных выплатах и взносах в государственной политике занятости, в Закон No. 100/1988 Coll. о социальном обеспечении, в Закон No. 54/1956 Coll. о страховании наемных работников по болезни, в Закон No. 88/1968 Coll. об увеличении декретного отпуска, о выплате пособий по материнству и детских пособий из средств страхования по болезни, в Закон Чешского Национального совета No. 582/1991 Coll. об организации и деятельности системы социального обеспечения, в Закон Чешского Национального совета No. 550/1991 Coll. о всеобщем медицинском страховании и в Закон Чешского Национального совета No. 592/1992 Coll. о страховых взносах в системе всеобщего медицинского страхования	1 января 1995 г.
59/1995 Coll.	Закон от 17 марта 1995 г., вносящий изменения и дополнения в Закон Чешского Национального совета No. 550/1991 Coll. о всеобщем медицинском страховании, в Закон Чешского Национального совета No. 592/1992 Coll. о страховых взносах в системе всеобщего медицинского страхования, в Закон Чешского Национального совета No. 589/1992 Coll. о социальных выплатах и взносах в государственной политике занятости и в Закон Чешского Национального совета No. 337/1992 Coll. о сборе налогов и пошлин	1 мая 1995 г.
60/1995 Coll.	Закон от 17 марта 1995 г., вносящий изменения и дополнения в Закон Чешского Национального совета No. 551/1991 Coll. о фонде всеобщего медицинского страхования, в Закон Чешского Национального совета No. 280/1992 Coll. об отраслевых и ведомственных медицинских страховых фондах, в Закон No. 20/1966 Coll. об охране народного здоровья и в Закон Чешского Национального совета No. 185/1991 Coll. о страховании	1 мая 1995 г.
160/1995 Coll.	Закон от 30 июня 1995 г., вносящий изменения и дополнения в некоторые законы, связанные со вступлением в силу Закона о пенсионном страховании	1 января 1996 г.

149/1996 Coll.	Закон от 25 апреля 1996 г., вносящий изменения и дополнения в Закон Чешского Национального совета No. 550/1991 Coll. о всеобщем медицинском страховании, в Закон Чешского Национального совета No. 592/1992 Coll. о страховых взносах в системе всеобщего медицинского страхования, в Закон Чешского Национального совета No. 551/1991 Coll. о фонде всеобщего медицинского страхования и в Закон Чешского Национального совета No. 592/1992 Coll. об отраслевых и ведомственных медицинских страховых фондах	1 июля 1996 г.
<b>Июль 1996 г. — июль 1998 г.</b>		
206/1996 Coll.	Постановление Чешского Конституционного суда	1 апреля 1997 г.
48/1997 Coll.	Закон от 7 марта 1997 г. о социальном медицинском страховании и о внесении изменений и дополнений в соответствующие законодательные акты	1 апреля 1997 г. (1 января 1998 г.)
79/1997 Coll.	Закон от 19 марта 1997 г. о лекарственных средствах и о внесении изменений и дополнений в соответствующие законодательные акты	1 января 1998 г.
2/1998 Coll.	Закон от 2 декабря 1997 г., вносящий изменения и дополнения в закон No. 48/1997 Coll. о социальном медицинском страховании и о внесении изменений и дополнений в соответствующие законодательные акты согласно Закону No. 242/1997 Coll.	27 января 1998 г.
127/1998 Coll.	Закон от 19 мая 1998 г., вносящий изменения и дополнения в закон No. 592/1992 Coll. о страховых взносах в системе всеобщего медицинского страхования, в Закон No. 48/1997 Coll. о социальном медицинском страховании и о внесении изменений и дополнений в соответствующие законодательные акты, в Закон No. 551/1991 Coll. о фонде всеобщего медицинского страхования, в Закон No. 280/1992 Coll. об отраслевых и ведомственных медицинских страховых фондах и в Закон No. 21/1992 Coll. о банках	30 июня 1998 г. (1 января 1999 г.)
167/1998 Coll.	Закон от 11 июня 1998 г. о наркотических веществах и о внесении изменений в соответствующие законодательные акты	1 января 1999 г.
<b>Июль 1998 г. — декабрь 2003 г.</b>		
354/1999 Coll.	Закон от 9 декабря 1999 г., вносящий изменения в Закон No. 167/1998 Coll. о наркотических веществах и о внесении изменений в соответствующие законодательные акты	30 декабря 1999 г.
69/2000 Coll.	Закон от 1 марта 2000 г., вносящий изменения в Закон No. 551/1991 Coll. о фонде всеобщего медицинского страхования	29 марта 2000 г.
123/2000 Coll.	Закон от 15 апреля 2000 г. о медицинских инструментах и о внесении изменений и дополнений в соответствующие законодательные акты	1 июля 2000 г.

149/2000 Coll.	Закон от 16 мая 2000 г., вносящий изменения в Закон No. 79/1997 Coll. о лекарственных средствах и о внесении изменений и дополнений в соответствующие законодательные акты, в Закон No. 20/1966 Coll. об охране народного здоровья и в Закон No. 455/1991 Coll. о лицензировании профессиональной деятельности	1 августа 2000 г.
167/2000 Coll.	Постановление Чешского конституционного суда	1 января 2001 г.
258/2000 Coll.	Закон от 14 июля 2000 г. об охране общественного здоровья и о внесении изменений и дополнений в соответствующие законодательные акты	
459/2000 Coll.	Закон от 28 ноября 2000 г., вносящий изменения в Закон No. 48/1997 Coll. о социальном медицинском страховании и о внесении изменений и дополнений в соответствующие законодательные акты	31 декабря 2000 г.
57/2001 Coll.	Закон, вносящий изменения в Закон No. 167/1998 Coll. о наркотических веществах и о внесении изменений в соответствующие законодательные акты	1 февраля 2001 г.
138/2001 Coll.	Закон от 28 марта 2001 г., вносящий изменения в Закон No. 592/1992 Coll. о страховых взносах в системе всеобщего медицинского страхования	1 июля 2001 г.
260/2001 Coll.	Закон, вносящий изменения в Закон No. 20/1966 Coll. об охране народного здоровья	1 августа 2001 г.
407/2001 Coll.	Закон, вносящий изменения в Закон No. 167/1998 Coll. о наркотических веществах и о внесении изменений в соответствующие законодательные акты	1 января 2002 г.
49/2002 Coll.	Закон, вносящий изменения в Закон No. 551/1991 Coll. о фонде всеобщего медицинского страхования, в Закон No. 280/1992 Coll. об отраслевых и ведомственных медицинских страховых фондах и в Закон No. 592/1992 Coll. о страховых взносах в системе всеобщего медицинского страхования	8 февраля 2002 г.
120/2002 Coll.	Закон об условиях допуска на рынок биологически активных препаратов и веществ и о внесении изменений и дополнений в соответствующие законодательные акты	1 июля 2002 г. (1 января 2004 г.)
176/2002 Coll.	Закон, вносящий изменения в Закон No. 48/1997 Coll. о социальном медицинском страховании и о внесении изменений и дополнений в соответствующие законодательные акты и в Закон No. 592/1992 Coll. о страховых взносах в системе всеобщего медицинского страхования	1 июля 2002 г.
285/2002 Coll.	Закон о донорстве, о заборе и пересадке органов и тканей и о внесении изменений и дополнений в соответствующие законодательные акты (Закон о трансплантации)	1 сентября 2003 г.

129/2003 Coll.	Закон от 2 апреля 2003 г., вносящий изменения в Закон No. 79/1997 Coll. о лекарственных средствах и о внесении изменений и дополнений в соответствующие законодательные акты и в Закон No. 368/1992 Coll. об административных расходах	6 июня 2003 г. (1 ноября 2003 г.; 1 мая 2004 г.)
130/2003 Coll.	Закон от 2 апреля 2003 г., вносящий изменения в Закон No. 123/2000 Coll. о медицинских инструментах и о внесении изменений и дополнений в соответствующие законодательные акты	1 сентября 2003 г. (1 мая 2004 г.)
132/2003 Coll.	Закон от 11 апреля 2003 г., вносящий изменения в Закон No. 40/1995 Sb. об упорядочении рекламы и о внесении изменений и дополнений в Закон No. 468/1991 Coll. о телевидении и радиовещании	1 июля 2003 г.
148/2003 Coll.	Закон от 2 апреля 2003 г. об охране и использовании генетического материала растений и микроорганизмов, важных для питания и сельского хозяйства, и о внесении изменений в Закон No. 368/1992 Coll. об административных расходах	22 мая 2003 г.
211/2003 Coll.	Постановление Чешского Конституционного суда	1 января 2004 г.
223/2003 Coll.	Закон от 26 июня 2003 г., вносящий изменения в Закон No. 167/1998 Coll. о наркотических веществах и о внесении изменений в соответствующие законодательные акты	26 июля 2003 г.
274/2003 Coll.	Закон от 7 августа 2003 г., вносящий изменения в некоторые законодательные акты, относящиеся к сфере общественного здравоохранения	1 октября 2003 г. (1 мая 2004 г.)
455/2003 Coll.	Закон от 8 ноября 2003 г., вносящий изменения в Закон No. 592/1992 Coll. о страховых взносах в системе всеобщего медицинского страхования, в Закон No. 551/1991 Coll. о фонде всеобщего медицинского страхования и в Закон No. 48/1997 Coll. о социальном медицинском страховании и о внесении изменений и дополнений в соответствующие законодательные акты	1 января 2004 г.
95/2004 Coll.	Закон об условиях присвоения и подтверждения квалификации врача, стоматолога и фармацевта	1 января 2005 г.
96/2004 Coll.	Закон об условиях присвоения и подтверждения квалификации работников немедицинских специальностей, занятых в здравоохранении, и о внесении изменений и дополнений в соответствующие законодательные акты (Закон о неврачебной деятельности в здравоохранении)	1 января 2005 г.

## Приложение 2. Важнейшие документы в сфере здравоохранения, 1998—2004 гг.

Название документа	Дата вынесения документа на обсуждение	Инициатор
Программное заявление чешского правительства Министр — Зузана Ройтова	Январь 1998 г. <a href="http://www.vlada.cz">http://www.vlada.cz</a>	Правительство
Программное заявление чешского правительства Министр — Иван Давид	Июль 1998 г. <a href="http://www.vlada.cz">http://www.vlada.cz</a>	Правительство
План действий Чешской Республики по охране здоровья и окружающей среды (доступен на английском языке) Министр — Иван Давид	Декабрь 1998 г. <a href="http://www.szu.cz">http://www.szu.cz</a>	Министерство здравоохранения Министерство окружающей среды Министерство сельского хозяйства Одобрено правительством
Концепция здравоохранения. Долгосрочный правительственный план Министр — Иван Давид	Март 1999 г.	Министерство здравоохранения Обсуждалось правительством
Среднесрочная концепция социально-экономического развития Министр — Богумил Фишер	Январь 2001 г. <a href="http://www.vlada.cz">http://www.vlada.cz</a>	Правительственный совет по социально-экономической политике Министерство здравоохранения
Среднесрочная концепция социально-экономического развития (с поправками) Министр — Богумил Фишер	Январь 2002 г. <a href="http://www.vlada.cz">http://www.vlada.cz</a>	Правительственный совет по социально-экономической политике Министерство здравоохранения
Программное заявление чешского правительства Министр — Мария Соучкова	Август 2002 г. <a href="http://www.vlada.cz">www.vlada.cz</a>	Правительство
Долгосрочная программа улучшения здоровья населения Чешской Республики — здоровье для всех в XXI веке (текст документа доступен на английском языке) Министр — Мария Соучкова	Октябрь 2002 г. <a href="http://www.vlada.cz">www.vlada.cz</a>	Министерство здравоохранения Одобрено правительством
Тезисы среднесрочной концепции политики Министерства здравоохранения на 2003—2006 гг. Министр — Мария Соучкова	Февраль 2003 г. <a href="http://www.vlada.cz">www.vlada.cz</a>	Министерство здравоохранения Обсуждалось правительством

---

Концепция среднесрочной политики Министерства здравоохранения, 2003—2006 гг. — концепция реформы здравоохранения Министр — Мария Соучкова	Февраль 2003 г.	Министерство здравоохранения
Новая концепция здравоохранения Чешской Республики Министр — Йозеф Кубину	Июль 2004 г.	Министерство здравоохранения Не дошло до обсуждения в парламенте
Новое программное заявление чешского правительства Министр — Милада Эммерова	Август 2004 г. <a href="http://www.vlada.cz">www.vlada.cz</a>	Правительство

---

### Приложение 3. Министры здравоохранения Чешской Республики, 1990—2004 гг.

Имя	Время пребывания на посту министра
<b>1990—1992</b>	
Павел Кленер	Ноябрь 1989 г. — июнь 1990 г.
Мартин Бояр	Июнь 1990 г. — июль 1992 г.
<b>1992—1996</b>	
Петр Лом	Июль 1992 г. — июнь 1993 г.
Людек Рубаш	Июнь 1993 г. — октябрь 1995 г.
<b>1996—1998</b>	
Ян Страский	Октябрь 1995 г. — январь 1998 г.
Зузана Ройтова	Февраль 1998 г. — июль 1998 г.
<b>1998—2002</b>	
Иван Давид	Июль 1998 г. — декабрь 1999 г.
Владимир Шпидла	Декабрь 1999 г. — февраль 2000 г.
Богумил Фишер	Февраль 2000 г. — июль 2002 г.
<b>2002 — по настоящее время</b>	
Мария Соучкова	Июль 2002 г. — апрель 2004 г.
Йозеф Кубину	Апрель 2004 г. — август 2004 г.
Милада Эммерова	Август 2004 г. — по настоящее время

## Приложение 4. Правовые нормы, не упомянутые в Приложении 1

- Закон No. 20/1966 Coll. об охране народного здоровья.
- Положение Министерства здравоохранения No. 394/1991 Coll. о статусе, организации и деятельности университетских клиник.
- Постановление No. 57/1997 («Декрет о лекарственных средствах»).
- Закон No. 111/1998 о высших учебных заведениях и о внесении изменений и дополнений в другие законы.
- Закон No. 106/99 о свободном доступе к информации.
- Закон No. 363/1999 Coll. о страховании и о внесении поправок в некоторые смежные законы (Закон о страховании).
- Закон No. 129/2000 Coll. о краях (Учреждение краев).
- Закон No. 157/2000 Coll. о передаче определенных полномочий Чешской Республики краям.
- Закон No. 218/2000 Coll. о бюджетных нормах.
- Закон No. 219/2000 Coll. о государственном имуществе Чешской Республики и распоряжении им в соответствии с правовыми нормами.
- Закон No. 250/2000 Coll. о бюджетных нормах для краевых бюджетов.
- Закон No. 320/2000 Coll. о финансовом контроле.
- Регулирующие положения Министерства финансов No. 40/2001 Coll. об участии государственного бюджета в финансировании программ управления активами.
- Закон No. 10/2001 Coll., вносящий изменения в Закон No. 157/2000 Coll. о передаче определенных полномочий Чешской Республики краям.
- Закон No. 290/2002 Coll. о передаче еще некоторых полномочий Чешской Республики краям и муниципалитетам, гражданским объединениям, действующим в области физического воспитания и спорта, и о связанных с этим изменениях, а также об изменении Закона No. 157/2000 Coll. о передаче определенных полномочий Чешской Республики краям.





## Литература

1. Statistická ročenka České republiky 2003, Český statistický úřad 2003 [Czech Republic statistical annual 2003, CSU 2003].
2. European health for all database [online database]. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2004 (<http://www.euro.who.int/hfadb>, accessed June 2004).
3. Aktuální informace ÚZIS ČR č. 22 — Hospitalizovaní a zemřelí na cévní nemoci mozku v ČR v letech 1986—2000 [Current information ÚZIS CR no. 22 — cerebrovascular disease inpatients and deceased in CR 1986—2000]. ([http://www.uzis.cz/cz/archiv02/22\\_02.htm](http://www.uzis.cz/cz/archiv02/22_02.htm))
4. Aktuální informace ÚZIS ČR č. 20/2002 — Hospitalizovaní a zemřelí na infarkt myokardu [Current information ÚZIS CR no. 20/2002 — myocardial infarction inpatients and deceased]. ([http://www.uzis.cz/cz/archiv02/20\\_02.htm](http://www.uzis.cz/cz/archiv02/20_02.htm))
5. Aktuální informace ÚZIS ČR и. 1/2003 — Zhoubný novotvar prsu [Current information ÚZIS ČR no. 1/2003 — breast malignant neoplasm]. ([http://www.uzis.cz/cz/archiv03/01\\_03.pdf](http://www.uzis.cz/cz/archiv03/01_03.pdf))
6. Psychiatrická péče 2001. ÚZIS 2003 [Psychiatric care 2001. ÚZIS 2003]. ([www.uzis.cz/cz/publikac/Roc02\\_cz/psy\\_01\\_html/PSY\\_01\\_start.htm](http://www.uzis.cz/cz/publikac/Roc02_cz/psy_01_html/PSY_01_start.htm))
7. Výběrové šetření o zdravotním stavu české populace 1999, HIS CR 99, ÚZIS ČR Praha, 2001. [Health Status of the Czech population selective examination 1999, HIS CR 99, ÚZIS ČR Praha, 2001].
8. Aktuální informace ÚZIS ČR č. 21/2004 Ekonomické výsledky nemocnic za rok 2003 [Economic results of the hospitals in 2003]. ([http://www.uzis.cz/cz/archiv04/21\\_04.pdf](http://www.uzis.cz/cz/archiv04/21_04.pdf))
9. Aktuální informace ÚZIS ČR č. 50/2003 — Primární péče v České republice v roce 2002 [Current information ÚZIS ČR no. 50/2003 — Primary Care in CR 2002]. ([http://www.uzis.cz/cz/archiv03/50\\_03.pdf](http://www.uzis.cz/cz/archiv03/50_03.pdf))
10. Zdravotnická ročenka České republiky 2002, ÚZIS ČR, 2003 [Czech Health Statistics Yearbook 2002] ([http://www.uzis.cz/cz/publikac/knihovna\\_uzis\\_pdf/zdrroccz2002.pdf](http://www.uzis.cz/cz/publikac/knihovna_uzis_pdf/zdrroccz2002.pdf))
11. Aktuální informace ÚZIS ČR č. 47/2003 — Domácí zdravotní péče v roce 2002 [Current information ÚZIS ČR no. 47/2003 — Homecare in 2002]. ([http://www.uzis.cz/cz/archiv03/47\\_03.pdf](http://www.uzis.cz/cz/archiv03/47_03.pdf))

12. Aktuální informace ÚZIS ČR č. 18/2002 — Přístrojové vybavení zdravotnických zařízení v roce 2001 [Current information ÚZIS ČR no. 18/2002 — instrumentation health care facilities in 2001]. ([http://www.uzis.cz/cz/archiv02/18\\_02.htm](http://www.uzis.cz/cz/archiv02/18_02.htm))
13. Ekonomické informace ve zdravotnictví, ÚZIS, 2000. [Economic information in health care].
14. Mossialos E, Le Grand J. Health care and cost containment in the European Union. Ashgate, 1999.

## Дополнительная литература

Afford CV. Corrosive reform: failing health systems in Eastern Europe. Geneva, International Labour Office, 2003.

Český statistický úřad 2002, Analýza makroekonomického vývoje v roce 2001 [Analysis of the macroeconomic development in 2001].

Česká republika v číslech 2002, ČSU 2002 [Czech Republic in numbers 2002].

Makroekonomická predikce České republiky, MF ČR 2003 [Macroeconomic prediction for the Czech Republic, MF ČR 2003]. (<http://www.mfcr.cz/scripts/Hp/default.asp?Makropre>)

Statistická ročenka České republiky 2002, Český statistický úřad 2002 [Czech Republic statistical annual 2002, ČSU 2002].

Jaros J et al. Czech health care system. Delivery and financing: OECD study. Prague, Czech Association for Health Services Research, 1998.

Organisation of Economic Co-operation and Development. Health Data 2004. Paris, 2005.

Massaro TA, Nemeč J, Kalman I. Health system reform in the Czech Republic. Policy lessons from the initial experience of the general health insurance company. Journal of the American Medical Association, 1994, 271:1870—1874.

Tomeš I. Study on the social protection systems in the 13 applicant countries. Czech Republic. Country study. Brussels, European Commission, 2003.

Tunstall-Pedoe H, (ed.) MONICA Monograph and Multimedia Sourcebook. Geneva: World Health Organization, 2003.

Ukazatele sociálního a hospodářského vývoje České republiky od roku 1990 do konce 4. čtvrtletí 2002, ČSU 2003 [Social and economic development indicators in the Czech Republic from 1990 till 4.q 2002, ČSU 2002].

ÚZIS ČR 2001, Vyberove setreni o zdravotnim stavu ceske populace, 1999.

ÚZIS ČR 2002, Péče o nemocné cukrovkou 2001 [Diabetes patient care 2001].

World Health Organisation, Children's health and environment. A review of evidence. Geneva, 2002.

World Health Organisation. Highlights on health in the Czech Republic. Geneva, 2001.

## Обзоры «Системы здравоохранения: время перемен»

### Серия Европейской обсерватории по системам и политике здравоохранения


**К**аждый обзор из серии «Системы здравоохранения: время перемен» содержит всесторонний анализ системы здравоохранения и ее реформ — проводимых и разрабатываемых. Назначение обзоров — предоставлять организаторам здравоохранения и аналитикам сравнительную информацию, необходимую для совершенствования систем здравоохранения и проведения его реформ в Европе и за ее пределами. Обзоры систем здравоохранения позволяют:

- составить детальное представление о различных подходах к организации, финансированию и предоставлению медицинских услуг;
- дать точное описание процесса, содержания и реализации программ реформирования здравоохранения;
- осветить проблемные области, требующие более глубокой проработки;
- распространять информацию о системах здравоохранения, а организаторам здравоохранения и аналитикам делиться опытом проведения реформ в странах Европы.

### Как получить обзоры

Все обзоры систем здравоохранения помещены в формате PDF на сайте [www.observatory.dk](http://www.observatory.dk), где также можно подписаться на ежемесячную рассылку о деятельности Европейской обсерватории по системам и политике здравоохранения, включая новые обзоры, книги серий, публикуемых совместно с издательствами Open University Press (английский) и «Весь мир» (русский), их рефераты, новости EuroObserver и журнал EuroHealth. Заказать копию обзора можно по адресу:

**[info@obs.euro.who.int](mailto:info@obs.euro.who.int)**



Публикации  
Европейской  
обсерватории  
по системам и политике  
здравоохранения  
помещены на сайте  
[observatory@who.dk](mailto:observatory@who.dk)

## В настоящее время опубликованы обзоры по следующим странам:

Австралия (2002)  
Австрия (2001<sup>а</sup>)  
Азербайджан (2004)  
Албания (1999, 2002<sup>а,ж</sup>)  
Андорра (2004)  
Армения (2001<sup>ж</sup>)  
Бельгия (2000)  
Болгария (1999, 2003<sup>б</sup>)  
Босния и Герцеговина (2002<sup>ж</sup>)  
Бывшая Югославская республика Македония (2000)  
Венгрия (1999, 2004)  
Германия (2000<sup>а</sup>, 2004<sup>а</sup>)  
Грузия (2002<sup>г,ж</sup>)  
Дания (2001)  
Израиль (2003)  
Исландия (2003)  
Испания (2000<sup>з</sup>)  
Италия (2001)  
Казахстан (1999<sup>ж</sup>)  
Кипр (2004)  
Кыргызстан (2000<sup>ж</sup>)  
Латвия (2001)  
Литва (2000)  
Люксембург (1999)  
Мальта (1999)  
Нидерланды (2004)  
Новая Зеландия (2002)  
Норвегия (2000)  
Польша (1999)  
Португалия (1999, 2004)  
Республика Молдова (2002<sup>ж</sup>)  
Румыния (2000<sup>е</sup>)  
Российская Федерация (2003<sup>ж</sup>)  
Словакия (2000, 2004)  
Словения (2002)  
Соединенное Королевство Великобритании и Северной Ирландии (1999<sup>ж</sup>)  
Таджикистан (2000)  
Туркменистан (2000)  
Турция (2002<sup>ж,и</sup>)  
Узбекистан (2001<sup>ж</sup>)  
Украина (2004<sup>ж</sup>)  
Финляндия (2002)  
Франция (2004<sup>в</sup>)  
Хорватия (1999)  
Чешская Республика (2000, 2005)  
Швеция (2001)  
Швейцария (2000)  
Эстония (2000, 2004)

### Примечание

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

- <sup>а</sup> албанский
- <sup>б</sup> болгарский
- <sup>в</sup> французский
- <sup>г</sup> грузинский
- <sup>д</sup> немецкий
- <sup>е</sup> румынский
- <sup>ж</sup> русский
- <sup>з</sup> испанский
- <sup>и</sup> турецкий