



Реферат обзора

Исландия

Общий обзор

Здравоохранение Исландии отвечает самым высоким стандартам качества медицинской помощи, эта помощь общедоступна и всеобъемлюща. Здравоохранение финансируется преимущественно за счет общего налогообложения.

На здравоохранение расходуется значительная часть государственного бюджета. В 2000 г. затраты на здравоохранение составили 9,3% от ВВП, это существенно выше, чем в среднем в странах Европейского союза (8,7%).

Недавние реформы существенно изменили управление первичной медицинской помощью и больницами, а также контроль за лекарственными средствами.

Введение

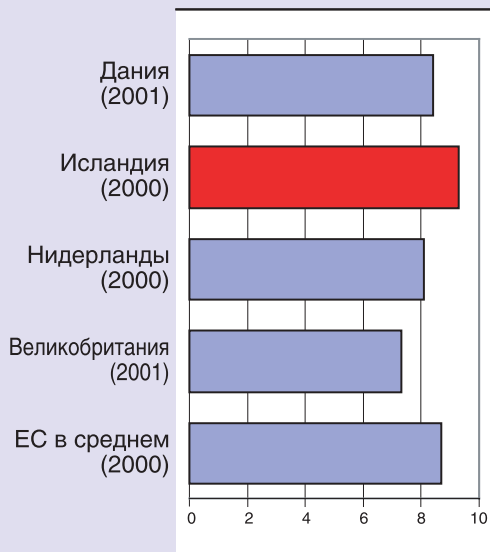
Государственный строй и новейшая политическая история

С 1944 года, после получения независимости от Дании, в Исландии действует собственная конституция. Исландия — парламентская республика, органы власти — премьер-министр, кабинет министров и парламент.

Население

По последним данным, численность населения Исландии составляет 290 000 человек. Рождаемость выше, чем в других странах Европы (в 2000 г. — 2,08 ребенка на одну женщину).

Рисунок 1. Общие расходы на здравоохранение (% ВВП) в Исландии, в некоторых странах и ЕС в среднем



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

Средняя продолжительность жизни

В XX веке продолжительность жизни в Исландии постоянно увеличивалась; сегодня она выше, чем где-либо в мире: 82,2 года для женщин и 78,2 года для мужчин (2001 г.).

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

Основные причины смерти

Основная причина смерти в Исландии — сердечно-сосудистые заболевания. За ними следуют онкологические заболевания. По прогнозу 2002 г., к 2020 г. число новых случаев онкологических заболеваний вырастет приблизительно на 70% и составит свыше 1700 случаев в год.

Новейшая история системы здравоохранения

В начале XX века в Исландии появились фонды медицинского страхования, а в 1936 г. они официально стали частью системы социального обеспечения. Значимость этих фондов начала уменьшаться с 1972 г., когда было введено страхование за счет налогов, а в 1989 г. фонды были и вовсе упразднены, а всю ответственность за страхование взял на себя Государственный институт социального обеспечения.

Структура здравоохранения

Управлением здравоохранением занимается Министерство здравоохранения и социального обеспечения.

Министерство состоит из семи департаментов, которые решают основные вопросы здравоохранения и социального обеспечения. Они руководят и координируют любую деятельность в сфере здравоохранения.

Директор отдела здравоохранения является советником министра здравоохранения и правительства по всем вопросам здравоохранения. Этот отдел отвечает за контроль над медицинским обслуживанием и, в сотрудничестве с другими департаментами, подготавливает и публикует статистические отчеты о состоянии здравоохранения.

Контроль над инфекционными заболеваниями и их профилактикой возложен на Главного эпидемиолога. По Закону о социальном обеспечении, за начисление пен-

сий, медицинское страхование и выплаты при профессиональных заболеваниях отвечает Государственный институт социального обеспечения.

Первичная медицинская помощь осуществляется распределенными по всей стране государственными центрами, которые были созданы после принятия в 1974 г. закона о медицинской помощи и проведения соответствующих реформ. Большая часть специализированной медицинской помощи в амбулаторных условиях предоставляется частнопрактикующими врачами. Их работа оплачивается исходя из объема оказанных услуг, цены на которые устанавливаются по договоренности между Медицинской Ассоциацией и органами здравоохранения. Амбулаторная специализированная помощь — наиболее интенсивно развивающаяся отрасль здравоохранения.

Планирование, нормирование и управление

Медицинское обслуживание в Исландии всеобъемлющее, общедоступное и финансируется за счет общего налогообложения. Принятый в 1974 г. закон о медицинской помощи обеспечивает доступ к самым лучшим медицинским услугам для всех граждан.

В 1999 г. Министерство здравоохранения приняло проект, согласно которому к 2003 г. во всех медицинских учреждениях должна официально использоваться система контроля за качеством медицинской помощи. Однако этот проект все еще не завершен.

Децентрализация здравоохранения

Для Исландии всегда была характерна административная независимость отдельных медицинских учреждений. Закон о медицинской помощи 1974 г. был направлен на то, чтобы дать людям на местах еще больше свободы в контроле и управлении медицинскими учреждениями. Однако применить принципы децентрализации к

маленькой стране с небольшим населением, при возрастающей потребности в специализированной медицинской помощи и необходимости эффективно использовать имеющиеся ресурсы, не удалось. Поэтому в последние десятилетия в Исландии происходит усиление централизации здравоохранения: например в 1990 г. финансирование центров первичной медицинской помощи и муниципальных больниц стало распределять государство, а в 2000 г. произошло слияние нескольких больниц в Рейкьявике с образованием единой клиники Государственного Университета.

Финансирование и затраты

В здравоохранении Исландии преобладает государственный сектор, который на 84,5% финансируется государством, как напрямую из государственного бюджета, так и опосредованно, из бюджета фондов социального обеспечения. Налоговые поступления складываются из следующих источников: почти на 30% из подоходного налога частных лиц и предприятий, на 35% из налога на добавленную стоимость, на 10% из налога на социальное обеспечение, еще на 5% из налога на чистые активы, а оставшаяся часть — из прочих источников. Оставшиеся 15,5% финансирования государственного сектора поступают в виде прямых платежей, в основном это оплата консультаций специалистов, амбулаторных хирургических вмешательств, стоматологической помощи и частичной оплаты лекарственных средств. Частное страхование в Исландии почти отсутствует, а страхование за счет работодателя очень ограничено.

Набор медицинских услуг

Лечение в стационаре и, если необходимо, после выписки, а также помощь на дому и реабилитация полностью оплачиваются Государственным институтом социально-

го обеспечения. Медицинское страхование покрывает расходы на услуги врачей, работающих по контракту с Министерством здравоохранения и социального обеспечения. Больной частично оплачивает консультации специалистов и диагностические процедуры по установленным расценкам. Медицинское страхование частично покрывает расходы на стоматологическую помощь детям до 18 лет.

Дополнительные источники финансирования

Единственный дополнительный источник финансирования системы здравоохранения — платные медицинские услуги, их доля составила 16—17%. Из них около 35% платежей — плата за лекарственные средства, почти столько же — оплата стоматологической помощи и около 20% — в виде частичной оплаты услуг врачей общей практики, специалистов и физиотерапевтов.

Финансирование и затраты

В Исландии относительно велики затраты на здравоохранение: за период с 1970 г. по 2000 г. они удвоились и в 2000 г. составили 9,3% ВВП. Этот показатель выше, чем в среднем в странах Европейского союза (8,7%), а среди стран Европы Исландия находится на четвертом месте в Европе, уступая Швейцарии, Германии и Франции (по данным Европейского регионального бюро ВОЗ и Европейской базы данных «Здоровье для всех»). Абсолютные затраты на здравоохранение на душу населения составили 2608 долларов США (с учетом паритета покупательной способности валют) — это один из самых высоких показателей в мире в 2000 г.

Медицинское обслуживание

Первичное медицинское обслуживание

Первичное медицинское обслуживание осуществляется хорошо оснащенными государственными центрами, которые можно найти в каждом районе страны.

Первый такой центр был создан около 30 лет назад. В 70-х и начале 80-х годов основной задачей было создание центров первичного медицинского обслуживания в малонаселенных районах страны. В зависимости от числа постоянно работающих врачей по состоянию на 2002 г. можно выделить три группы центров: в 38 центрах работало не менее 2 врачей, в 18 — хотя бы один врач. Еще 28 центров обслуживались либо медсестрой, либо акушеркой, а врач регулярно приезжал для консультаций. Исследование, проведенное в Исландском Государственном Университете (Vilhjalms-son et al. 2001), показало, что первичная медицинская помощь легко доступна: в 1998 г. 95% населения Исландии жило в 20 км от ближайшего центра первичной медицинской помощи, а 94% опрошенных сообщили, что могут добраться до него за 20 минут. В отличие от других стран, для Исландии, с ее труднопроходимой территорией, этот показатель очень важен, поскольку во многих сельских районах доступ к медицинской помощи затруднен.

По данным ВОЗ, число обращений за амбулаторной помощью в Исландии близко к среднему для стран Европейского союза: 5,7 и 6,2 соответственно (1998 г.).

Общественное здравоохранение

В Исландии большое внимание уделяется общественному здравоохранению, в том числе санитарному просвещению, укреплению здоровья и профилактике заболеваний. В 1999 г. охват вакцинацией в Исландии был одним из самых высоких в Европе: против полиомиелита, дифтерии и коклюша были привиты около 98% населения, а против кори — 90%.

Для укрепления отдельных областей общественного здравоохранения был создан ряд специальных организаций: Управление по лекарственным средствам, Институт радиационной защиты, Агентство по охране окружающей среды и контролю за качеством пищевых продуктов, Управление охраны труда, Центр помощи инвалидам и больным с психическими заболеваниями, Центр помощи слабовидящим и слепым и Центр помощи больным с тугоухостью и нарушениями речи.

Специализированное медицинское обслуживание

Специализированные медицинские учреждения делятся на семь типов, из них лишь три являются больницами в привычном понимании этого слова. Это окружные больницы, многопрофильные больницы, и больницы общего профиля, в которых есть специалисты в области хирургии, внутренних болезней и врачи общей практики. В настоящее время многие больницы общего профиля используются в качестве домов престарелых и инвалидов, с малым числом коек и ограниченными возможностями для лечения. К другим специализированным медицинским учреждениям относятся дома престарелых, реабилитационные центры, центры для больных с хроническими заболеваниями и реабилитационные центры для больных алкоголизмом и наркоманией. Большинство реабилитационных центров для больных алкоголизмом и наркоманией находятся в собственности и управлении частных лиц, но финансируются Государственным институтом социального обеспечения или напрямую правительством. Около 94% реабилитационных центров и почти 60% домов престарелых и инвалидов управляются частными лицами.

Большинство специалистов в амбулаториях — частнопрактикующие врачи, работа которых оплачивается исходя из объема оказанных услуг. Это наиболее интенсивно развивающаяся отрасль здравоохранения Исландии. Государство стало заключать договоры со специалистами с 1998 г.,

поскольку росло число диагностических и лечебных процедур, которые можно выполнить в амбулаторных условиях за меньшую стоимость, чем в больнице.

Медико-социальная помощь

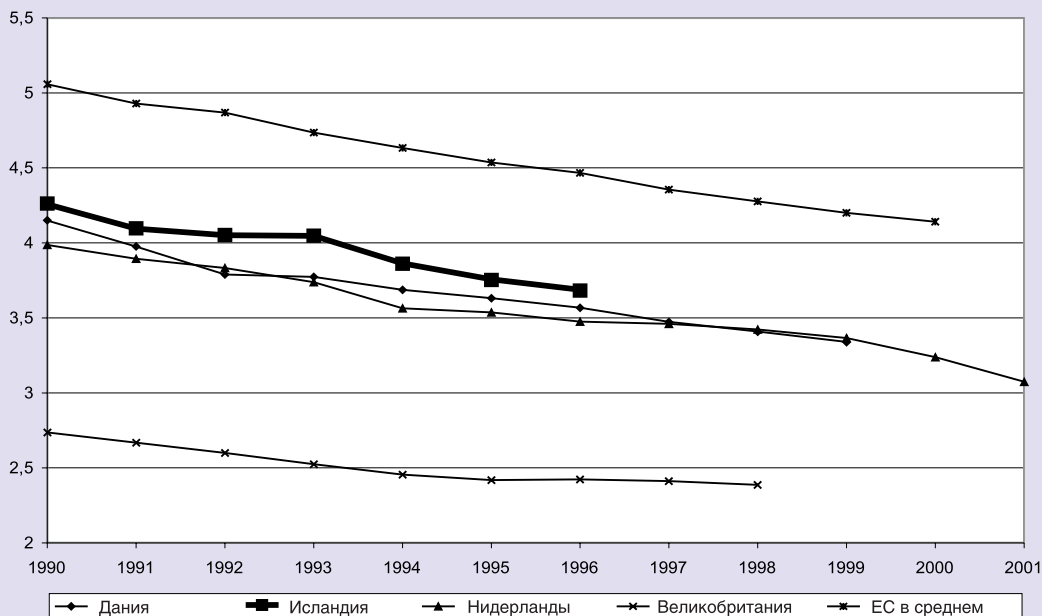
Социальное обеспечение в Исландии основано на том, что каждый гражданин имеет право на установленный минимальный уровень жизни. Похожий принцип действует и в других скандинавских странах, однако в Исландии выплаты меньше и более жесткая проверка нуждаемости. Программы по организации социального страхования проводятся совместно Министерством финансов, Министерством здравоохранения и Министерством социального обеспечения. К числу социальных льгот относятся отпуск по беременности и родам, льготы на ребенка, пенсия по старости, пенсия по инвалидности и страхование профессиональных заболеваний.

В Исландии относительно низкие затраты на социальные службы (исключая здравоохранение) — всего 19% от ВВП, по сравнению с 33% в Швеции — самый высокий показатель в скандинавских странах. Низкий уровень затрат на социальные службы можно объяснить преобладанием молодежи в структуре населения, низкой безработицей и тесными семейными и общественными связями.

Медицинские кадры и обучение медицинских работников

В 1999 г. на 1000 населения приходилось 3,4 врача. По этому показателю Исландия на пятом месте среди стран ОЭСР и вместе с Данией делит первое место среди скандинавских стран. Большинство исландских врачей стремится пройти специализацию за рубежом, в скандинавских странах или США. В 2002 г. за границей работало 450 исландских врачей.

Рисунок 2. Число коек в обычных больницах на 1000 населения в Исландии, некоторых других странах и ЕС в среднем в 1990—2001 гг.



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

В целом обеспеченность Исландии специалистами соответствует потребностям, отмечается лишь некоторая нехватка хирургов и психиатров. Возможно, что в ближайшее время возникнет нехватка врачей общей практики в связи с тем, что многие из них выйдут на пенсию. В 2000 г. в Исландии работало 278 стоматологов (204 мужчины и 74 женщины).

Согласно закону, медсестра — самостоятельная профессия. В 1999 г. в Исландии было 3130 медсестер, из них 160 жило за границей, 300 были пенсионерами и еще 400 не работали по специальности. С учетом этого на 1000 населения приходилось 8 медсестер. Средний возраст ухода на пенсию — 63,3 года, 98% медсестер — женщины. По официальным данным, обеспеченность квалифицированными медсестрами лишь 86%.

В Исландии физиотерапия — самостоятельная медицинская профессия. Исландская Ассоциация физиотерапевтов насчиты-

тывает около 350 членов, из которых работают 300 человек.

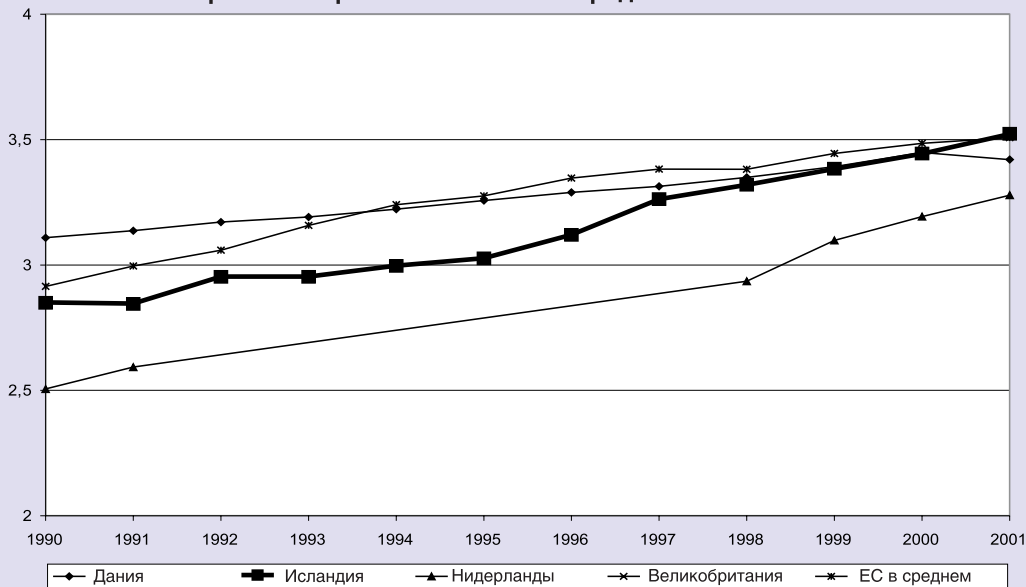
Лекарственные средства

В среднем потребление лекарственных средств в Исландии меньше, чем в других скандинавских странах.

Однако из-за того, что цены на лекарственные средства высоки, а исландские врачи любят назначать новые и дорогие лекарственные средства, затраты на лекарственные средства (в пересчете на душу населения) в Исландии выше, чем в других скандинавских странах.

Решение о возмещении расходов на новые препараты выносится экспертной комиссией, состоящей из трех человек: представителя Министерства здравоохранения, лечащего врача и фармацевта, назначенного Государственным институтом социального обеспечения.

Рисунок 3. Число врачей на 1000 населения в Исландии, некоторых других странах и Европейском союзе в среднем в 1990—2001 г.



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

Медицинская техника, информационные технологии и научные исследования

В последние годы увеличилось финансирование научных исследований и создание новых технологий, что привело к росту числа научных публикаций с участием исландских ученых.

Исландия — удобный объект для популяционно-генетических исследований, поэтому в Исландии возник ряд компаний, специализирующихся на подобной работе.

В Исландии используется компьютеризованная система ведения истории болезней.

Во всех центрах первичной медицинской помощи используется одинаковое программное обеспечение, благодаря чему достигается совместимость программного обеспечения и данных между медицинскими центрами и больницами. Первый опыт применения телемедицины в Исландии состоялся в 1993 г. Министерство здравоохранения намерено внедрить телемедицину в каждодневную медицинскую практику. Возможно, что это обеспечит равный доступ к медицинским ресурсам для всех жителей, особенно тех, кто проживает в сельской местности.

Распределение средств

Финансирование здравоохранения на 83—84% осуществляется за счет государственного налогообложения частных лиц и компаний и на 16—17% за счет прямых платежей. Более четырех пятых государственных средств идет на финансирование больниц, центров первичной медицинской помощи, домов престарелых, реабилитационных центров, а также на административные расходы. Оставшаяся одна пятая от налоговых сборов распределяется Государственным институтом социального обеспечения, преимущественно на оплату

специалистов и стоматологов, и компенсаций за лекарственные средства.

Финансирование больниц

С 1977 г. крупнейшая больница Исландии — клиника Государственного Университета имеет фиксированный бюджет и финансируется напрямую из государственного бюджета. В течение последующих лет на эту систему финансирования были переведены и другие крупные больницы. Сейчас проходит испытание новая система финансирования больниц.

До недавнего времени дома престарелых финансировались из трех независимых источников. Часть из них, подобно больницам, имела фиксированный бюджет, другие получали оплату на основании заключенных контрактов, наконец, третьи получали деньги из расчета за день проживания. С января 2003 г. все дома престарелых перешли на оплату из расчета за день проживания, расчет производится по данным Системы учета населения домов престарелых.

Зарботная плата работников здравоохранения

Большинство работников здравоохранения в Исландии получают фиксированную заработную плату. Исключение из этого правила — специалисты, ведущие частную практику в амбулаторных условиях, стоматологи и большинство физиотерапевтов. Их зарплата складывается из выплат Государственного института социального обеспечения исходя из объема оказанных услуг и прямых платежей от больных.

Аптеки — частные предприятия, их владельцы обязаны нанимать на работу только лицензированных фармацевтов.

Реформы здравоохранения

В последние годы в здравоохранении Исландии произошли серьезные изменения в

управлении первичной медицинской помощью, больницами и аптеками. Если раньше первичная медицинская помощь предоставлялась частнопрактикующими врачами, то теперь ее оказывают специально подготовленные врачи и медсестры, работающие в хорошо оснащенных медицинских центрах, которые имеются во всех районах страны.

С недавнего времени поощряется практика проведения консультаций больных у специалистов не напрямую, а через врача общей практики. В тоже время правительство внимательно следит за тем, чтобы при этом право выбора оставалось за больным.

В 2003 г. были подведены итоги произошедшего в 2000 г. слияния больниц Рейкьявика в единую клинику Государственного Университета. По сравнению с 1999 г., в 2003 г. средняя продолжительность госпитализации осталась прежней — 5,3 и 5,2 дня соответственно, очереди на госпитализацию также не сократились. В 2003 г. продолжительность пребывания в стационаре уменьшилась, но при этом возросла нагрузка на амбулаторную хирургию и другие амбулаторные службы. Общая нагрузка на новую объединенную клинику оказалась такой же, как суммарная нагрузка на те больницы, из которых она была образована.

В 1996 г. был принят закон, изменивший лицензирование аптек. Согласно закону, любой человек может владеть аптекой, но он должен заключить контракт с фармацевтом, который и будет работать в аптеке, обслуживая покупателей. Формально ре-

шение о выдаче лицензии на работу аптеки принимает муниципальный совет, однако на практике каких-либо ограничений по числу и месторасположению аптек нет.

Заключение

Здравоохранение Исландии справляется со своими задачами вполне удовлетворительно, однако требует больших финансовых затрат. Показатели здоровья населения Исландии — одни из лучших в мире и не уступают таковым в соседних странах. В будущем, здравоохранению Исландии придется решить ряд проблем:

- наладить взаимодействие между врачами общей практики и специалистами;
- улучшить положение врачей общей практики, которые недовольны своей ролью в системе здравоохранения;
- укрепить амбулаторную службу при больницах;
- уменьшить перерасход средств в больницах;
- решить проблему нехватки домов престарелых.

Поскольку здравоохранению в Исландии придается важное значение, можно не сомневаться, что названные проблемы будут решены. Уже сейчас здравоохранение Исландии хорошо справляется со своими основными задачами, обеспечивая всеобщий доступ к высококласной медицинской помощи, а различные исследования подтверждают, что население страны довольно уровнем медицинской помощи.

Таблица 1. Показатели работы больниц в странах Европы за 2001 г. или самые свежие из имеющихся данных

Страна	Число больничных коек на 1000 населения	Число госпитализаций на 100 населения	Средняя продолжительность госпитализации, сутки	Средняя занятость койки, %
Дания	3,3 ^б	17,9	5,2 ^а	83,5 ^а
Исландия	3,7 ^а	18,1 ^е	6,8 ^е	–
Нидерланды	3,1	8,8	7,4	58,4
Великобритания	2,4 ^в	21,4 ^д	5,0 ^д	80,8 ^в
Страны ЕС в среднем	4,1 ^а	18,9 ^б	7,7 ^б	77,4 ^в

Источник: База данных «Здоровье для всех» Европейского регионального бюро ВОЗ.

Примечание: ^а 2000, ^б 1999, ^в 1998, ^г 1997, ^д 1996, ^е 1995.

Авторы обзора по Исландии — Матиас Халлдорсон (заместитель директора Отдела здравоохранения); редактор — Вайда Банкаускайте (Европейская обсерватория по системам здравоохранения); научное руководство осуществлял Ричард Солтман. Европейская обсерватория по системам здравоохранения благодарит Давида Гуннарссона (Министерство здравоохранения и социального обеспечения, Рейкьявик), Ингвара Карлберга (Северная школа общественного здравоохранения), Гудьон Магнуссон (Европейское региональное бюро ВОЗ) за рецензирование документа и Хельгу Артуссон, Свейна Магнуссона и Ингимара Эйнарссона (Министерство здравоохранения и социального обеспечения) за полезные замечания. Йон Сигурьонсон, Сигурдур Бьёргвинссон, Эйнар Магнуссон и Эггерт Сигфуссон (Министерство здравоохранения и социального обеспечения, Рейкьявик), Кристиан Гудьонссон (Государственный институт социального обеспечения), Сигридур Вильямсдоттир предоставили ценные сведения, а Ана Рико (Европейская обсерватория по системам здравоохранения) оказала организационную поддержку на начальных этапах работы. Всем им мы выражаем глубокую признательность. Отдельное спасибо Хансу Дюбуа и Аранте Илардиа за их редакторскую и техническую работу.

С полным текстом обзора можно ознакомиться на сайте www.observatory.dk

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

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