

Основные положения

Португалия – парламентско-президентская республика с 1974 года. В стране отмечен относительно низкий уровень урбанизации, при этом всего лишь чуть более половины населения проживает в городах. Население страны стареет. Согласно последним данным население Португалии, скорее всего, сократится или останется на прежнем уровне в период 2008–2060 годов в силу совокупного воздействия двух факторов – роста смертности и снижения показателя числа живорожденных. В 2000–2009 годах экономика Португалии вступила в период очень низкого, а временами даже отрицательного, роста.

За последние десятилетия в стране удалось добиться значительных улучшений системы здравоохранения. С 1975 года уровень смертности снизился на более 0,8 пункта. Данная тенденция свидетельствует как об улучшении доступа к более широкой сети медицинских услуг, благодаря постоянному политическому участию, так и об экономическом росте, который способствовал повышению уровня жизни и росту инвестирования в сектор здравоохранения. Несмотря на усовершенствование системы в целом, в ней также отмечено территориальное и социальное неравенство в доступе к медицинской помощи. С середины 1980-х годов основными причинами смерти являются болезни системы кровообращения, цереброваскулярные болезни и злокачественные новообразования. Данные причины, скорее всего, так и останутся основными причинами смерти населения Португалии на несколько ближайших десятилетий. Однако по сравнению с другими странами ЕС (ЕС, ЕС-15) в Португалии зафиксированы высокие показатели

предотвратимой смертности и низкие показатели ожидаемой продолжительности жизни, скорректированной на инвалидность. В Португалии также отмечен один из самых высоких уровней распространенности ВИЧ в Европе.

Действующий механизм организации системы здравоохранения восходит к введению в 1946 году первого закона социального страхования, согласно которому медицинская помощь предоставлялась работающему населению и членам их семей через фонды социального страхования и больничных касс, финансируемых из средств, полученных в виде обязательных взносов работающего населения и работодателей. После революции 1974 года в стране начался процесс реструктуризации медицинского обслуживания, который завершился созданием в 1979 году Национальной системы здравоохранения – всеобщей системы, финансируемой из средств налогообложения. На сегодня система здравоохранения Португалии характеризуется наличием трех сосуществующих и пересекающихся систем: всеобщей Национальной системой здравоохранения; специальными государственными и частными программами страхования для отдельных видов профессий (подсистемы здравоохранения), охватывающими порядка 20–25% населения; частным ДМС, предоставляющим дополнительный охват еще 10–20% населения.

Планирование и регулирование в основном происходит на центральном уровне в Министерстве здравоохранения и подведомственных ему организациях. Высший комиссариат по здравоохранению (ACS) несет ответственность за разработку, внедрение и оценку Национального плана

по развитию здравоохранения (в настоящее время на стадии разработки находится Национальный план по развитию здравоохранения на 2011–2016 годы). Управление Национальной системой здравоохранения осуществляется на региональном уровне. В каждом из 5 регионов функционирует региональное управление здравоохранения, подведомственное Министерству здравоохранения и несущее ответственность за стратегическое ведение деятельности по охране здоровья населения, надзор и контроль за больницами, управление медицинскими центрами по оказанию ПМСП как принадлежащими, так и не принадлежащими Национальной системе здравоохранения, а также достижение задач национальной политики в области здравоохранения. Региональные управления здравоохранения также несут ответственность за заключение договоров на оказание помощи пациентам Национальной системы здравоохранения с больницами и частными поставщиками медицинских услуг. Несмотря на то, что в теории региональные управления здравоохранения имеют также финансовые полномочия, последние ограничены преимущественно сектором ПМСП, поскольку бюджеты больниц утверждаются и распределяются централизованно. Все больницы, принадлежащие Национальной системе здравоохранения, оперируют в государственном секторе и находятся под юрисдикцией Министерства здравоохранения. Больницы частного сектора, как коммерческие, так и некоммерческие, функционируют на основе принятых в них систем управления. В 2009 году Министерство здравоохранения выпустило Национальную стратегию качества по оказанию медицинской помощи.

Система здравоохранения Португалии, как и большинство европейских систем, финансируется из совокупного источника – государственного и частного. Национальная система здравоохранения, обеспечивающая всеобщий охват населения медицинской помощью, финансируется преимущественно из средств общего налогообложения. Подсистемы здравоохранения, обеспечивающие охват порядка 20–25% населения медицинской

помощью в полном или частичном объеме, в основном финансируются из средств, получаемых от взносов работающего населения и работодателей (включая государственные взносы работодателей). Частное ДМС охватывает порядка 10–20% населения. В 2008 году расходы на здравоохранение составили почти 10% от ВВП. За последние годы наблюдался резкий рост государственных расходов на здравоохранение, что объясняется, в том числе, и политическим нежеланием страны вводить механизмы контроля расходов. Большую долю расходуемых финансовых средств, порядка 30% общих расходов, составляют частные расходы, в основном в виде личных платежей граждан (как в виде софинансирования, так и в виде прямых платежей) и в меньшей степени в виде страховых взносов на схемы медицинского страхования в частных страховых организациях и обществах взаимного страхования.

Министерство финансов предоставляет Министерству здравоохранения глобальный бюджет на Национальную систему здравоохранения, который затем распределяется многим организациям, входящим в Национальную систему здравоохранения. Государственные больницы финансируются через глобальные бюджеты, однако все большую роль играет финансирование по КСГ/DRG, а частные страховщики и подсистемы здравоохранения оплачивают услуги больниц по КСГ/DRG ретроспективно. Министерство здравоохранения распределяет финансовые средства регионам здравоохранения на основе сочетания исторических расходов и душевых нормативов. Данные средства направляются в сектор ПМСП и на специальные программы.

В 2008 году в Португалии насчитывалось 189 больниц с общим коечным фондом в 35 762 единицы, из которых в ведении Национальной системы здравоохранения находилось 77 больниц (INE, 2009f). Почти половина частных больниц принадлежит коммерческим организациям. Динамика числа больниц сходна с подобного рода показателями в странах Европы. За последние

несколько десятков лет в стране отмечалось значительное снижение числа государственных больниц с 634 в 1970 году до 77 в 2008 году (INE, 2009f). Причиной этому, возможно, стало недавнее объединение больниц государственного сектора. Одной из текущих целей правительства является повышение мощности и качества услуг в соотношении к затраченным на это средствам внутри Национальной системы здравоохранения посредством большего вовлечения частного сектора в строительство, содержание и оперирование медицинских организаций в рамках так называемых государственно-частных партнерств.

Число врачей на 1000 человек населения на сегодня выше аналогичного среднего показателя по ЕС-27. В Португалии относительный показатель числа медицинских сестер значительно ниже аналогичного показателя в других странах, что означает, что в Португалии соотношение числа медицинских сестер к числу врачей значительно ниже, чем в большинстве стран. В отношении распространенности фармацевтической продукции можно отметить, что в целом распределение и плотность аптек в стране представляется сбалансированной, а число фармацевтов постоянно растет.

В Португалии услуги по оказанию ПМСП предоставляют как государственные, так и частные поставщики медицинских услуг. К таковым относятся центры ПМСП, находящиеся в ведении Национальной системы здравоохранения, поставщики ПМСП частного сектора (как некоммерческие, так и коммерческие), а также специалисты или профессиональные группы, функционирующие самостоятельно, с которыми Национальная система здравоохранения вступает в договорные отношения или заключает соглашения о совместной деятельности. Специализированная и высокоспециализированная помощь в основном предоставляется больницами. Созданная в последнее время Национальная сеть поставщиков долговременной помощи (RNCCI) включает отделения,

оказывающие долговременную, социальную и паллиативную помощь, истоки которой восходят к общинным службам, в больницах, центрах ПМСП (ACES), службах социальной безопасности местного и районного уровней, а также в муниципалитетах. Национальный институт скорой медицинской помощи (INEM) представляет собой организацию, подведомственную Министерству здравоохранения, которая отвечает за обеспечение взаимодействия различных служб и функционирование интегрированной системы скорой медицинской помощи на территории континентальной Португалии, оказываемой быстро и в должном объеме.

Рецептурные лекарственные средства можно приобрести исключительно в аптеках. Обязательное условие для каждой аптеки – наличие технического директора со степенью в фармацевтике. Распределение аптек по стране регулируется централизованно, а также действует максимальная норма количества аптек, которым разрешено функционировать в каждом сообществе. Рецептурные лекарственные средства подлежат софинансированию со стороны пациентов в различном объеме в зависимости от эффективности лекарственных средств, причем полная стоимость взимается с пациента за лекарственные средства, которые имеют минимальную или нулевую клиническую ценность.

В последнее время в стране был проведен ряд реформ. В целом данными инициативами были охвачены пять ключевых областей: продвижение здорового образа жизни, долговременная помощь, ПМСП и амбулаторную помощь, больничный менеджмент и стационарная помощь, а также фармацевтический рынок. В 2006 году была создана Национальная сеть поставщиков долговременной помощи (RNCCI) для населения пожилого возраста и пациентов, требующих ухода. В 2008 году были созданы центры ПМСП (ACES) с целью обеспечения лучшего использования ресурсов и структур управления. Стационарная помощь подверглась двум типам реформ. С одной стороны была проведена реорганизация

существующей структуры оказания стационарной помощи Национальной системой здравоохранения. С другой стороны была изменена модель государственной больницы, а именно стандарты управления и системы оплаты. К последней области реформ, нуждающейся в упоминании, следует отнести фармацевтический рынок. Изменения коснулись как уровня регулируемых цен и размеров маржи, так и вопросов владения и норм вступления.

Последние годы были отмечены проведением ряда многочисленных и значимых реформ. Некоторые реформы были вновь инициированы, развиваясь в новом направлении (например, реформы сектора ПМСП). Ряд реформ был проведен при разных правительствах, а некоторые были внедрены совсем недавно. Вместе с тем процесс реализации нескольких реформ не отличался связанным характером, и поставленные цели в отношении контроля расходов достигнуты не были. Как ожидается, в ближайшем будущем система в основном будет характеризоваться консолидацией проводимых реформ.

Основным источником финансирования Национальной системы здравоохранения являются средства, получаемые от общего налогообложения. Финансовые ресурсы,

направляемые на здравоохранение, достигли высокого уровня по отношению к уровню национального богатства. Порядка 10% ВВП приходится на расходы на здравоохранение, в результате чего Португалия занимает положение среди стран с наиболее высоким уровнем расходов на здравоохранение по ЕС-27 и ОЭСР. Исторически с середины 1990-х годов в стране отмечался постоянный и быстрый рост государственных расходов на здравоохранение, в то время как частные расходы оставались на относительно низком постоянном уровне (например, росли вместе с ВВП). В Португалии в структуре кадровых ресурсов в большей, чем в других странах, степени представлены сотрудники сектора специализированной стационарной помощи, кроме того, отмечается относительная нехватка врачей, несмотря на то, что показатель числа врачей на душу населения выше аналогичного среднего показателя в странах ОЭСР. За последние годы были предприняты попытки устранить имеющиеся несоответствия. В Португалии явно присутствуют возможности для дальнейшего повышения эффективности в области оказания медицинской помощи. Роль оценки технологий здравоохранения на сегодня ограничена фармацевтической продукцией. Для обеспечения соответствия цены качеству оказываемых медицинских услуг в будущем необходимо использовать более систематический подход.