



Европейская обсерватория по системам и политике здравоохранения представляет собой партнерство между Европейским региональным бюро ВОЗ, правительствами Бельгии, Греции, Испании, Норвегии, Швеции, Финляндии, Франции, итальянским регионом Венето, Европейским инвестиционным банком, Институтом «Открытое общество», Всемирным банком, Лондонской школой экономики 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 2072-3555



Редактор Элиас Моссиалос

Системы здравоохранения: время перемен. Дания

Том 9 №6 2007

Системы здравоохранения: время перемен

Том 9 №6 2007

Дания

Обзор системы здравоохранения

Мартин Страндберг-Ларсен
Миккель Бернт Нильсен
Сигнильд Валлгарда • Аллан Красник
Карстен Врангбек

Европейская
обсерватория
по системам и политике здравоохранения



Редакционная коллегия

Главный редактор

Элиас Моссиалос, Лондонская школа экономики и политических наук и Европейская обсерватория по системам и политике здравоохранения

Редакторы

Райнард Буссе, Берлинский технический университет, Германия

Джозеп Фигерас, Европейская обсерватория по системам и политике здравоохранения

Мартин Мак-Ки, Лондонская школа гигиены и тропической медицины, Соединенное Королевство;

и Европейская обсерватория по системам и политике здравоохранения

Ричард Солтман, Университет Эмори, США

Редакционный коллектив

Сара Аллин, Европейская обсерватория по системам и политике здравоохранения

Кристина Хернандес Кеведо, Европейская обсерватория по системам и политике здравоохранения

Анна Марессо, Европейская обсерватория по системам и политике здравоохранения

Дэвид МакДейд, Европейская обсерватория по системам и политике здравоохранения

Шерри Меркур, Европейская обсерватория по системам и политике здравоохранения

Филипа Младовски, Европейская обсерватория по системам и политике здравоохранения

Бернд Речел, Европейская обсерватория по системам и политике здравоохранения

Эрика Ричардсон, Европейская обсерватория по системам и политике здравоохранения

Сара Томсон, Европейская обсерватория по системам и политике здравоохранения

Международный консультативный комитет

Тит Альбрехт, Институт общественного здравоохранения, Словения

Карлос Альварес-Дардет Диаз, Университет Аликанте, Испания

Рифат Атун, Лондонский королевский колледж, Соединенное Королевство

Йохан Каллторп, Шведская Ассоциация местных властей и регионов, Швеция

Армин Фидлер, Всемирный банк

Коллин Флад, Университет Торонто, Канада

Петер Гаал, Университет Зиммельвейса, Венгрия

Унто Хаккинен, Центр экономики здравоохранения при Национальном центре изучения и развития

социального обеспечения и здравоохранения, Финляндия

Уильям Хсяо, Гарвардский университет, США

Алан Красник, Университет Копенгагена, Дания

Джозеф Кутцин, Европейское региональное бюро ВОЗ

Сунман Куон, Национальный университет Сеула, Корея

Джон Лэйвис, Университет МакМастера, Канада

Вивьен Лин, Университет Ла Троб, Австралия

Грег Марчилдон, Университет Риджайны, Канада

Алан Мэйнард, Университет Йорка, Соединенное Королевство

Ната Менабде, Европейское региональное бюро ВОЗ

Эллен Нолте, Лондонская школа гигиены и тропической медицины, Соединенное Королевство

Чарльз Норманд, Университет Дублина, Ирландия

Робин Осборн, The Commonwealth Fund, США

Доминик Полтон, Национальная касса страхования на случай временной нетрудоспособности

наемных работников (CNAMTS), Франция

София Шлетте, Health Policy Monitor, Германия

Игорь Шейман, Высшая школа экономики, Россия

Питер К. Смит, Университет Йорка, Соединенное Королевство

Уайнанд П. М. М. ван де Вен, Университет Эразмус, Нидерланды

Витольд Затонски, Мемориальный онкологический центр им. Марии Склодовской-Кюри, Польша

Системы здравоохранения: время перемен

Авторы:

Мартин Страндберг-Ларсен, факультет общественного здравоохранения,
Университет Копенгагена

Миккель Бернт Нильсен, факультет общественного здравоохранения,
Университет Копенгагена

Сигнильд Валлгарда, факультет общественного здравоохранения,
Университет Копенгагена

Аллан Красник, факультет общественного здравоохранения, Университет
Копенгагена

Карстен Врангбек, факультет общественных наук, Университет
Копенгагена

Редактор:

Элиас Моссиалос, Европейская обсерватория по системам
и политике здравоохранения

Дания:

обзор системы здравоохранения

2007



Европейская обсерватория по системам и политике здравоохранения представляет собой партнерство между Европейским региональным бюро ВОЗ, правительствами Бельгии, Греции, Испании, Норвегии, Словении, Финляндии, Швеции, итальянским регионом Венето, Европейским инвестиционным банком, Институтом «Открытое общество», Всемирным банком, Лондонской школой экономики и политических наук и Лондонской школой гигиены и тропической медицины.

Ключевые слова:

ОКАЗАНИЕ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

ОЦЕНОЧНЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ

ФИНАНСИРОВАНИЕ, ЗДОРОВЬЕ

РЕФОРМА СИСТЕМЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

ПЛАНЫ РАЗВИТИЯ СИСТЕМЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ – организа-
ция и управление
ДАНИЯ

© Всемирная организация здравоохранения 2008 г., от имени Европейской обсерватории по системам и политике здравоохранения.

Все права защищены. Европейская обсерватория по системам и политике здравоохранения охотно удовлетворяет запросы о разрешении на перепечатку или перевод своих публикаций частично или полностью.

Запросы относительно публикаций следует направлять по адресу:

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

Кроме того, запросы на документацию, информацию по вопросам здравоохранения или разрешение на цитирование или перевод можно заполнить в онлайн-режиме на сайте Регионального бюро (<http://www.euro.who.int/PubRequest>).

Обозначения, используемые в настоящей публикации, и приводимые в ней материалы не отражают какого бы то ни было мнения Европейской обсерватории по системам и политике здравоохранения относительно правового статуса той или иной страны, территории, города или района или их органов власти или относительно делимитации их границ. Пунктирные линии на географических картах обозначают приблизительные границы, относительно которых пока нет полного согласия.

Упоминание тех или иных компаний или продуктов отдельных изготовителей не означает, что Европейская обсерватория по системам и политике здравоохранения поддерживает или рекомендует их, отдавая им предпочтение по сравнению с другими компаниями или продуктами аналогичного характера, не упомянутыми в тексте. Во избежание ошибок и пропусков названия патентованных продуктов выделяются начальными прописными буквами.

Европейская обсерватория по системам и политике здравоохранения приняла все разумные меры предосторожности для проверки информации, содержащейся в настоящей публикации. Тем не менее опубликованные материалы распространяются без какой-либо четко выраженной или подразумеваемой гарантии. Ответственность за интерпретацию и использование материалов ложится на пользователей. Европейская обсерватория по системам и политике здравоохранения ни в коем случае не несет ответственности за ущерб, связанный с использованием этих материалов. Мнения, выраженные в данной публикации авторами, редакторами или группами экспертов, необязательно отражают решения или официальную политику Европейской обсерватории по системам и политике здравоохранения.

Ссылка на исходный документ:

Strandberg-Larsen M., Nielsen M. B., Vallgarda S., Krasnik A., Vrangbaek K. and Mossialos E. Denmark: Health System review. *Health Systems in Transition*, 2007; 9(6): 1–164.

Содержание

Предисловие	v
Благодарности	vii
Список сокращений	ix
Список таблиц и рисунков	xi
Аннотация	xv
Основные положения	xvii
1. Введение	1
1.1 Обзор системы здравоохранения	1
1.2 География и социодемография	3
1.3 Экономика	5
1.4 Политика	6
1.5 Состояние здоровья населения	7
2. Организационная структура системы здравоохранения	23
2.1 Историческая справка	24
2.2 Обзор организационной структуры	32
2.3 Децентрализация и централизация	34
2.4 Охват населения медицинским обслуживанием	38
2.5 Права, льготы и правовой статус пациентов	39
3. Планирование, регулирование и управление	53
3.1 Регулирование	54
3.2 Планирование и управление медицинской информацией	58
4. Финансовые ресурсы	71
4.1 Мобилизация доходов	73
4.2 Распределение средств	82
4.3 Закупки медицинских услуг и взаимоотношения между поставщиком и покупателем	83
4.4 Механизмы оплаты	87
4.5 Расходы на здравоохранение	89

5.	Материальные и трудовые ресурсы	95
5.1	Материальные ресурсы	95
5.2	Трудовые ресурсы	109
6.	Предоставление медицинских услуг	127
6.1	Общественное здравоохранение	127
6.2	Маршрут пациента в системе здравоохранения	133
6.3	Первичная/амбулаторная медицинская помощь	137
6.4	Вторичная/стационарная медицинская помощь	142
6.5	Фармацевтическая помощь	144
6.6	Реабилитационная медицинская помощь	148
6.7	Долговременный уход	149
6.8	Услуги для лиц, осуществляющих неформальный уход за престарелыми и инвалидами	153
6.9	Паллиативный уход	154
6.10	Охрана психического здоровья	157
6.11	Стоматологическая помощь	165
6.12	Дополнительная и альтернативная медицина	167
6.13	Здоровье матери и ребенка	170
6.14	Медицинское обслуживание особых групп населения	171
7.	Основные реформы в области здравоохранения	173
7.1	Анализ последних реформ	173
7.2	Последние события	177
8.	Оценка системы здравоохранения	181
8.1	Задачи системы здравоохранения	181
8.2	Распределение затрат и прибыли системы здравоохранения среди населения	181
8.3	Эффективность распределения ресурсов в системе здравоохранения	184
8.4	Результативность системы здравоохранения	185
8.5	Подотчетность покупателей и поставщиков медицинских услуг	186
8.6	Вклад системы здравоохранения в улучшение состояния здоровья населения	188
9.	Заключение	191
10.	Приложения	197
10.1	Библиография	197
10.2	Основные законодательные акты	214
10.3	Полезные интернет-ссылки	214
10.4	Методология и процесс подготовки обзоров «Системы здравоохранения: время перемен»	216

Предисловие

Каждый обзор из серии «Системы здравоохранения: время перемен» содержит всесторонний анализ системы здравоохранения той или иной страны и ее реформ – как тех, которые уже реализуются, так и находящихся в стадии разработки. Эти обзоры составляют местные специалисты в сотрудничестве с научными руководителями и сотрудниками Европейской обсерватории по системам и политике здравоохранения. Чтобы данные обзоров разных стран были сопоставимы, разработан единый формат обзора – подробное руководство и перечень вопросов, определений и примеров. Этот формат периодически пересматривается, что позволяет авторам составить обзор с учетом конкретных особенностей своей страны. Цель обзоров «Системы здравоохранения: время перемен» состоит в том, чтобы предоставить организаторам здравоохранения и аналитикам сравнительную информацию, необходимую для совершенствования систем здравоохранения в странах Европы. Обзоры систем здравоохранения дают возможность:

- подробно изучить различные методы организации, финансирования и предоставления медицинских услуг, а также роль основных участников систем здравоохранения;
- описать организационную структуру, а также процессы подготовки и реализации программ реформ здравоохранения и их содержание;
- обозначить наиболее важные проблемы в области здравоохранения, а также те элементы, которые требуют более глубокого изучения;

- предоставить руководителям и аналитикам разных стран инструмент распространения сведений о системах здравоохранения и обмена опытом по стратегии их реформ.

Составление обзоров сопряжено с рядом методологических трудностей. Во многих странах информации о системах здравоохранения и о результатах их реформ относительно мало. Из-за отсутствия единой базы данных количественные показатели приходится получать из разных источников, в первую очередь это база данных «Здоровье для всех» Европейского регионального бюро ВОЗ, национальные органы статистики, Организация экономического сотрудничества и развития (ОЭСР), Евростат, Международный валютный фонд (МВФ), Всемирный банк и ряд других организаций. И хотя методы и определения, касающиеся сбора данных, могут несколько отличаться, в рамках каждой серии обзоров они обычно согласуются между собой.

Наряду с преимуществами составление обзоров в едином формате имеет и ряд недостатков, поскольку в разных странах системы финансирования и предоставления медицинских услуг различны. Преимущества же состоят в том, что единый формат позволяет проанализировать, как одни и те же вопросы и проблемы решаются в разных странах. Обзоры «Системы здравоохранения: время перемен» могут стать полезным источником информации для тех, кто разрабатывает политику и стратегию в области здравоохранения в своей стране. Кроме того, их можно использовать для сравнительного анализа систем здравоохранения. Выпуск этих обзоров продолжается, и их материалы регулярно обновляются.

Все замечания и предложения по дальнейшим разработкам в данной области, а также по усовершенствованию обзоров просьба направлять по адресу электронной почты: info@obs.euro.who.int

Обзоры и краткие справки «Системы здравоохранения: время перемен» можно найти на веб-сайте Европейской обсерватории по системам и политике здравоохранения: www.euro.who.int/observatory. Глоссарий терминов, используемых в обзорах, находится по адресу: www.euro.who.int/observatory/glossary/toppage

Благодарности

Обзор «Системы здравоохранения: время перемен» по Дании подготовили Мартин Страндберг-Ларсен (научный сотрудник факультета общественного здравоохранения Университета Копенгагена), Миккель Бернт Нильсен (младший научный сотрудник факультета общественного здравоохранения Университета Копенгагена), Сигнильд Валлгарда (адъюнкт-профессор факультета общественного здравоохранения Университета Копенгагена), Аллан Красник (профессор факультета общественного здравоохранения Университета Копенгагена) и Карстен Врангбек (адъюнкт-профессор факультета общественных наук Университета Копенгагена).

Раздел, посвященный капиталовложениям в систему здравоохранения, написал Ханс Оккельс Бирк, приглашенный преподаватель факультета общественного здравоохранения Университета Копенгагена; ему также принадлежит основной вклад в подготовку главы 4, касающейся финансовых ресурсов. Разделы по фармацевтике и фармацевтической помощи написаны Эллен Уэст Соренсен, профессором факультета фармакологии и фармакотерапии Университета Копенгагена; доработкой этих разделов занимались Мерете У. Нильсен, адъюнкт-профессор факультета фармакологии и фармакотерапии Университета Копенгагена, и Йорген Клаузен, ведущий экономист Департамента экономики и общественных наук Датской ассоциации фармацевтической промышленности. Комментарии к разделу, посвященному паллиативному уходу, были предоставлены Могенсом Гронволдом, адъюнкт-профессором факультета общественного

здравоохранения Университета Копенгагена, а Кристина Новински из Лондонской школы экономики и политических наук оказала помощь в редактировании первого варианта этого обзора.

Данная серия обзоров «Системы здравоохранения: время перемен» подготовлена сотрудниками Европейской обсерватории по системам и политике здравоохранения.

Европейская обсерватория по системам и политике здравоохранения представляет собой партнерство между Европейским региональным бюро ВОЗ, правительствами Бельгии, Греции, Испании, Норвегии, Словении, Финляндии, Швеции, итальянским регионом Венето, Европейским инвестиционным банком, Институтом «Открытое общество», Всемирным банком, Лондонской школой экономики и политических наук и Лондонской школой гигиены и тропической медицины.

Коллективом обсерватории руководят ее директор Джозеп Фигерас, содиректор Элиас Моссиалос и научные руководители – Мартин Мак-Ки, Ричард Солтман и Райнард Буссе.

Данный обзор был подготовлен под руководством Джонатана Норта при поддержке Николь Саттерли (техническое редактирование), Ширли и Йоганнеса Фредериксен (верстка) и Аки Хедиган (корректур). Административную поддержку в подготовке обзора по Дании оказала Кэролайн Уайт.

Особую благодарность авторы выражают Европейскому региональному бюро ВОЗ за предоставление сведений по медицинскому обслуживанию из Европейской базы данных «Здоровье для всех», Организации экономического сотрудничества и развития — за предоставление данных о здравоохранении в странах Западной Европы, а также Всемирному банку — за информацию о расходах 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 основаны на общедоступной информации и характеризуют ситуацию, сложившуюся к августу 2007 года.

Список сокращений

DACENTA	Датский центр экспертизы и оценки медицинских технологий
DALE	Ожидаемая продолжительность жизни с учетом инвалидности
DIHTA	Датский институт оценки медицинских технологий
DKK	Датская крона (национальная валюта Дании)
DSI	Датский НИИ служб здравоохранения
HALE	Ожидаемая продолжительность здоровой жизни
LPR	Национальный регистр пациентов
MMR	Иммунизация против кори, эпидемического паротита и коревой краснухи
PLO	Датская ассоциация врачей общей практики
SBR	Регистр статистических данных о госпитализациях
SIF	Национальный институт общественного здравоохранения
SSI	Датский государственный институт сывороток
SUSY	Датское исследование заболеваемости и состояния здоровья населения
ВВП	Валовой внутренний продукт
ВИЧ	Вирус иммунодефицита человека
ВНП	Валовой национальный продукт
ВОЗ	Всемирная организация здравоохранения
ВТО	Всемирная торговая организация
ДАМ	Дополнительная и альтернативная медицина
ДМС	Добровольное медицинское страхование
ЕС	Европейский союз
ЕС-12	Страны, присоединившиеся к ЕС в мае 2004 года и январе 2007 года

Обзор системы здравоохранения

ЕС-15	Страны, ставшие членами ЕС до мая 2004 года
ИМТ	Индекс массы тела
КПУз	Число кариозных, пломбированных и удаленных зубов
КСГ	Клинико-статистические группы
МВФ	Международный валютный фонд
МКБ	Международная статистическая классификация болезней, травм и причин смерти
МРИД	Магнитно-резонансная имиджевая диагностика
НДС	Налог на добавленную стоимость
ОМТ	Оценка медицинских технологий
ОЭСР	Организация экономического сотрудничества и развития
ППС	Паритет покупательной способности
СНГ	Содружество Независимых Государств
СПИД	Синдром приобретенного иммунодефицита
ХОЗЛ	Хроническое обструктивное заболевание легких
ЦПК	Центр(ы) повышения квалификации
ЭИБ	Электронная история болезни
ЭКО	Экстракорпоральное оплодотворение

Список таблиц и рисунков

Таблицы

Таблица 1.1	Демографические показатели, 1970–2004 гг. (избранные годы)	4
Таблица 1.2	Макроэкономические показатели, 1996–2006 гг.	5
Таблица 1.3	Ожидаемая при рождении продолжительность жизни в Дании, Норвегии, Швеции и Соединенном Королевстве в 1970–1994 и 1995–2000 гг.	8
Таблица 1.4	Коэффициенты смертности и ожидаемая продолжительность жизни в Дании, 1960–2002 гг. (избранные годы)	9
Таблица 1.5	Основные причины смерти, 1995, 1997 и 1999 гг. (МКБ–10)	13
Таблица 1.6	Десять основных диагнозов при выбытии из стационара, 2000 г.	13
Таблица 1.7	HALE и DALE жителей Дании, 2000–2002 гг.	14
Таблица 1.8	Число кариозных, пломбированных и удаленных зубов (КПУз) в возрасте 12 лет, 1975–2003 гг. (избранные годы)	20
Таблица 2.1	Тенденции развития сектора здравоохранения, 1936–2003 гг.	32
Таблица 2.2	Политические и административные органы и их обязанности в области здравоохранения	34
Таблица 4.1	Динамика расходов на здравоохранение, 1980–2003 гг. (избранные годы)	90
Таблица 5.1	Показатели работы соматических больниц, 1996–2005 гг. (избранные годы)	96

Таблица 5.2	Показатели работы психиатрических больниц, 1997–2003 гг.	96
Таблица 5.3	Потребление фармацевтической продукции в Европе, 2002 г.	103
Таблица 5.4	Медицинский персонал на 1000 населения, 1980–2003 гг.	117
Таблица 5.5	Прием студентов на обучение медицинским специальностям в 2001 и 2002 гг.	120
Таблица 6.1	Количество штатных специалистов, занимающихся оказанием услуг психиатрической помощи, 2001–2003 гг.	164
Таблица 6.2	Репродуктивное здоровье населения, 1991–2004 гг. (избранные годы)	171
Таблица 7.1	Обзор основных реформ и инициатив, оказавших существенное влияние на здравоохранение, 1970–2007 гг.	174

Рисунки

Рис. 1.1	Общая структура системы здравоохранения	2
Рис. 1.2	Карта Дании	3
Рис. 1.3	Средняя продолжительность жизни мужчин и женщин (лет), 1901–2003 гг.	8
Рис. 1.4	Смертность в различных возрастных группах, 1985–2005 гг.	11
Рис. 1.5	Число мужчин и женщин, страдающих избыточным весом или тяжелой степенью ожирения (1987, 1994, 2000 гг.)	16
Рис. 1.6	Доля курящих ежедневно в общей массе населения (%), 1953–2004 гг.	17
Рис. 1.7	Уровень иммунизации против кори в странах Европейского региона ВОЗ, 2005 г.	22
Рис. 2.1	Организационная структура государственной системы здравоохранения	35
Рис. 4.1	Схема финансирования здравоохранения	72
Рис. 4.2	Расходы на здравоохранение как доля ВВП (%) в странах Европейского региона ВОЗ в 2004 г. (оценка ВОЗ)	91
Рис. 4.3	Динамика расходов на здравоохранение, выраженных как доля ВВП (%) в Дании и некоторых других странах, 1998–2004 гг. (оценка ВОЗ)	92
Рис. 4.4	Расходы на здравоохранение в странах Европейского региона ВОЗ в 2004 г. по ППС на душу населения, в долларах США (оценка ВОЗ)	93
Рис. 5.1	Число больничных коек на 1000 населения в Дании, некоторых других странах и в среднем по ЕС, 1990–2005 гг.	98
Рис. 5.2	Доступ в Интернет у жителей Дании, 2004 г. (%)	100
Рис. 5.3	Количество человек, получающих лечение лекарствами, отпускаемыми по рецепту, в секторе первичной медико-санитарной помощи, с разбивкой по возрасту и полу	104

Рис. 5.4	Индекс цен на лекарства, 2003 г.	107
Рис. 5.5	Число врачей на 1000 населения в Дании, некоторых других странах и в среднем по ЕС, 1990–2005 гг.	111
Рис. 5.6	Число медсестер на 1000 населения в Дании, некоторых других странах и в среднем по ЕС, 1990–2005 гг.	112
Рис. 5.7	Число врачей и медсестер на 1000 населения в странах Европейского региона ВОЗ в 2005 г. или по последним имеющимся данным (год указан в скобках)	113
Рис. 5.8	Число стоматологов на 1000 жителей в Дании, некоторых других странах и в среднем по ЕС, 1990–2005 гг.	115
Рис. 5.9	Число фармацевтов на 1000 жителей в Дании, некоторых других странах и в среднем по ЕС, 1990–2005 гг.	116
Рис. 6.1	Маршрут пациента из «Группы 1» в государственной системе здравоохранения	134
Рис. 6.2	Система распространения лекарственных средств, 2006 г.	146
Рис. 6.3	Процентная доля населения, получившего в 2003 г. различные виды альтернативного лечения	169

Аннотация

Каждый обзор из серии «Системы здравоохранения: время перемен» содержит всесторонний анализ системы здравоохранения той или иной страны и ее реформ – как тех, которые уже реализуются, так и находящихся в стадии разработки. В этих обзорах рассматриваются различные методы организации, финансирования и предоставления медицинских услуг, а также роль основных участников системы здравоохранения. Кроме того, в них описываются организационная структура, процессы подготовки и реализации реформ здравоохранения и их содержание, а также освещаются наиболее важные проблемы в области здравоохранения и те элементы, которые требуют более глубокого изучения.

Дания – небольшая страна, где проживает 5,4 млн человек, но она считается одной из самых богатых стран мира. Государственное устройство – конституционная монархия. В стране действуют достаточно самостоятельные органы местного самоуправления. Административно Дания делится на 5 областей (регионов) и 98 муниципалитетов. Состояние здоровья населения, если судить по продолжительности жизни, не очень хорошее по сравнению с другими европейскими странами, но в последнее время несколько улучшилось. В сфере здравоохранения преобладает государственный сектор; финансирование производится за счет налогов, поступающих в государственный и местный бюджеты. Медицинское обслуживание соматического и психиатрического профиля, осуществляемое в государственных больницах, а также первичная медико-санитарная помощь, которую оказывают врачи общей практики и другие практикующие работники

здравоохранения, находятся в ведении областей. Области получают финансирование от государства и частично от муниципалитетов. Области владеют и управляют большинством больниц, а медицинские работники относятся к категории наемных и получают возмещение из средств областных бюджетов, главным образом посредством оплаты за предоставленные услуги. К сфере ответственности муниципалитетов относятся уход за пожилыми людьми, социальная психиатрия, профилактика заболеваний и укрепление здоровья населения, организация реабилитационного лечения и другие виды медицинского обслуживания, не имеющие непосредственного отношения к стационарному лечению. С учетом состояния здоровья доступ к услугам здравоохранения относительно равный для всех. Для граждан страны, имеющих вид на жительство, медицинское обслуживание в больницах и у врачей общей практики бесплатное, а лекарства, стоматологическая помощь и некоторые другие виды медицинских услуг частично оплачиваются самим пациентом (соплатежи). В последние годы реформы системы здравоохранения преимущественно касались права выбора пациента срока ожидания плановой медицинской помощи, а также обеспечения ее качества и координации. Благодаря одной из важнейших структурных реформ 2007 года в системе здравоохранения Дании произошли коренные изменения: резко сократилось число региональных и местных медицинских учреждений, а ответственность за проведение мер профилактики и реабилитации перешла от региональных органов к местным.

Основные положения

Дания – небольшая и относительно процветающая страна Северной Европы. Как и в других странах Скандинавии, в Дании очень сильны традиции государства всеобщего благосостояния, когда медицинским обслуживанием охвачено все население страны, а финансирование здравоохранения осуществляется в основном за счет налогов. Для всех граждан страны медицинское обслуживание, в том числе диагностика и лечение, бесплатно, за исключением некоторых видов услуг, предусматривающих соплатежи пациентов (стоматология, физиотерапия и некоторые другие). Важными основополагающими ценностями системы здравоохранения страны являются принцип солидарности в финансировании и принцип справедливости. Исследования показывают, что уровень удовлетворенности пациентов медицинским обслуживанием устойчиво высокий. В системе здравоохранения Дании относительно успешно производится контроль расходов и внедрение таких организационных и управленческих изменений, как переход на преимущественно амбулаторное лечение и введение системы финансирования больниц на основе принципа оплаты по результатам деятельности¹.

Регулирование деятельности датской системы здравоохранения осуществляется совместными усилиями национальных государст-

¹ Принцип финансирования и оплаты больничной помощи по результатам деятельности заключается в том, что больницам начисляют значительную часть финансирования с использованием тарифа или фиксированных цен, отражающих среднюю стоимость медицинских услуг по стране (национальные стандарты КСГ). – *Прим. ред.*

венных учреждений, администраций областей и муниципалитетов. На всех трех уровнях действуют демократически избранные ассамблеи; в стране существует традиция децентрализации управления и планирования с передачей этих функций областным администрациям и муниципалитетам. К учреждениям общенационального уровня относятся парламент, правительство и различные государственные ведомства. В сферу ответственности государства входит обеспечение общей нормативно-правовой базы системы здравоохранения, а также координация и надзор за оказанием медицинских услуг на региональном и муниципальном уровнях. Оказание первичной и специализированной медицинской помощи относится к сфере ответственности пяти административных областей страны, которым принадлежит большинство больниц в Дании. Врачи, работающие в больницах, – наемные служащие, получающие зарплату из средств областных бюджетов. Практикующие врачи считаются скорее частными, а не государственными служащими, хотя почти весь свой доход получают за услуги, оплачиваемые им из средств областных бюджетов.

К существующим и возможным в будущем проблемам системы здравоохранения можно отнести следующие. У датчан средняя продолжительность жизни ниже, чем у большинства жителей других европейских стран. В основном это обусловлено факторами образа жизни, но ряд вопросов вызывают также и показатели работы системы здравоохранения, в особенности в таких областях, как онкология и сердечно-сосудистые заболевания. Одна из насущных проблем – координация работы; кроме того, предметом постоянной озабоченности становится срок ожидания плановой медицинской помощи. Вообще говоря, в Дании, как и во многих других европейских странах, системе здравоохранения присущи проблемы, связанные с гарантией доступа к медицинскому обслуживанию и обеспечением его качества при условии строгого контроля затрат. Факторами, которые усложняют поддержание устойчивости государственной системы здравоохранения, являются старение населения и рост сроков ожидания медицинского обслуживания.

К некоторым инициативам общего характера, направленным на решение этих проблем, относится введение таких схем, как система финансирования больниц на основе принципа оплаты по результатам деятельности, управления эффективностью и сравнительного анализа показателей, а также элементы управляемой конкуренции и административные реформы. В 1993 году, частично в целях решения вопроса, связанного со снижением сроков ожидания плановой меди-

цинской помощи, был введен принцип свободного выбора пациентом лечебного учреждения. К последним инициативам можно отнести административную реформу 2007 года, введение гарантии, в соответствии с которой максимальный срок ожидания плановой медицинской помощи ограничивается одним месяцем, а также обеспечение гарантированного доступа к врачам-специалистам в течение 48 часов в случае диагностирования у пациента онкологического заболевания.

В результате административной реформы 2007 года произошло укрупнение прежних административно-территориальных единиц страны и перераспределение их задач и сфер ответственности. Реформа была обусловлена необходимостью содействия централизации оказания медицинских услуг на уровне больниц и повышения роли муниципалитетов в проведении профилактических мероприятий и оказании услуг по реабилитации. Изменилась и система финансирования здравоохранения: если раньше основным источником финансирования в областях были налоговые поступления в областные бюджеты в сочетании с некоторыми государственными грантовыми субсидиями, то теперь таким источником стали государственные грантовые субсидии и соплатежи со стороны муниципалитетов. Эти изменения были введены для того, чтобы создать систему более эффективного государственного контроля и обеспечить муниципалитетам стимулы для совершенствования в области профилактики заболеваний, укрепления здоровья населения и реабилитации пациентов.

Финансирование

До 2007 года датская система здравоохранения финансировалась за счет прогрессивного подоходного налога, взимаемого на национальном уровне, и пропорциональных подоходного налога и налога на имущество, взимаемых на региональном уровне. Налоговые поступления в национальный бюджет перераспределялись по округам и муниципалитетам путем выделения блочных субсидий, размер которых основывался на ряде объективных критериев, и частичного финансирования больниц по результатам деятельности. Целью такой системы было поддержание принципов солидарности в финансировании и справедливости в здравоохранении. С 2007 года финансирование здравоохранения производится за счет взимаемых на национальном уровне пропорциональных целевых налогов. Большинство

этих налоговых поступлений (80%) перераспределяется по областным бюджетам путем выделения блочных субсидий, основанных на объективных критериях (социальных и демографических показателях), а оставшиеся 20% – по новым муниципалитетам, которые в свою очередь должны использовать эти фонды для софинансирования областных больниц, обслуживающих население соответствующих областей. Эта система по-прежнему базируется на общих принципах солидарности и перераспределения благ среди населения. Резервирование налоговых поступлений специально для заявленных целей здравоохранения является для Дании новшеством, оно призвано обеспечить большую прозрачность данного сектора для налогоплательщиков. Вместе с тем нельзя не отметить, что этот механизм ограничивает возможности по распределению финансовых средств внутри сектора.

В Дании все более ощутимо растет уровень участия пациентов в оплате медицинских услуг. В основном это касается лекарств, стоматологического обслуживания и физиотерапии, что связано с быстрым ростом рынка частного медицинского страхования. Его формирование частично обусловлено появлением на рынке труда соглашений о групповом медицинском страховании наемных работников. Некоторые выступают также за более активное введение соплатежей пациентов за услуги врачей общей практики, чтобы сократить таким образом объем неоправданного использования населением этих услуг. Со временем все эти тенденции могут привести к серьезным изменениям в системе финансирования здравоохранения Дании, которые чреваты нарушением общих принципов солидарности в финансировании, справедливости в здравоохранении и финансирования здравоохранения за счет налогов.

Принцип равенства в здравоохранении

В настоящее время в основе системы здравоохранения Дании лежит принцип всеобщего, свободного и равного доступа населения к медицинскому обслуживанию. И хотя в разных областях страны характер использования услуг здравоохранения несколько отличается, в целом можно сказать, что эти задачи решаются достаточно успешно. Как показывает практика, некоторым группам населения (бездомным и душевнобольным людям, иммигрантам, а также лицам с алкогольной и наркотической зависимостью) присущ более нестабильный

характер использования медицинских услуг по сравнению с остальными группами. Вследствие высоких индивидуальных затрат на стоматологическое обслуживание взрослых пациентов, по-видимому, имеет место некоторое социальное неравенство в использовании этого вида услуг, что, соответственно, приводит к различиям в состоянии стоматологического здоровья населения. Использование населением услуг частных стоматологов обнаруживает зависимость от географических и социальных факторов, поскольку эти услуги главным образом предлагаются в богатых городских районах. Возможностью свободного выбора медицинских учреждений в большей степени пользуются пациенты с более высоким уровнем образования и стабильной занятостью. Некоторые считают, что более широкое применение финансирования больниц по результатам деятельности приведет к ослаблению заинтересованности и оттоку инвестиций из таких областей, как лечение внутренних болезней и гериатрия, в пользу тех отраслей здравоохранения, где легче продемонстрировать соответствующий уровень деятельности. Однако доказательств, подтверждающих это мнение, немного.

В целом можно сказать, что в настоящее время распределение ресурсов на здравоохранение удовлетворяет потребностям населения. Такие меры, как сокращение срока ожидания плановой медицинской помощи и связанная с «расширением свободы выбора» гарантия, ограничивающая этот срок, обеспечивают населению относительно быстрый доступ к услугам здравоохранения. Гарантия, касающаяся ограничения срока ожидания плановой медицинской помощи, обеспечивает доступ к лечению в государственных или частных медицинских учреждениях в Дании или за границей, если предполагаемый срок ожидания превышает один месяц. Результаты опросов неизменно демонстрируют чрезвычайно высокий уровень удовлетворенности пациентов как услугами врачей общей практики, так и медицинским обслуживанием в больницах. Равный доступ к медицинскому обслуживанию и использование его по потребностям, вероятно, и впредь останутся важнейшими принципами системы здравоохранения Дании. Вместе с тем следует отметить, что рост спроса на новые медицинские технологии, а также ожидаемые изменения в возрастной структуре населения и в распространенности болезней могут способствовать политическим инициативам по введению новых финансовых и структурных реформ, направленных на сокращение доступа к медицинскому обслуживанию, финансируемому из государственных фондов.

Качество и эффективность датской системы здравоохранения

Сравнение коэффициентов выживаемости некоторых групп пациентов из разных стран (например, с раком легких и опухолями яичника) показывает, что в Дании качество ряда услуг в области диагностики и лечения находится не на очень высоком уровне. Это может быть обусловлено нехваткой медицинского персонала, отсутствием необходимого оборудования, недостаточно высоким уровнем квалификации специалистов или структурными проблемами датской системы здравоохранения, связанными с масштабом, специализацией и координацией медицинского обслуживания. В настоящее время в стране идет процесс сокращения количества больниц за счет их укрупнения, а также централизация узкоспециализированных медицинских услуг. В результате проведенной недавно реформы более широкие полномочия, касающиеся планирования таких узкоспециализированных услуг, получило Национальное управление здравоохранения. Есть также ряд проблем, связанных с нехваткой квалифицированных кадров на периферии, но областные власти стараются решать их путем привлечения к работе врачей и медсестер из числа иммигрантов. В последние годы особое внимание уделяется психиатрической помощи и болезням, представляющим угрозу для жизни, например онкологическим и сердечно-сосудистым заболеваниям. Однако лечению психических расстройств, а также болезней костно-мышечной системы, вопреки общим положениям национальной политики в области здравоохранения, уделяется довольно мало внимания. Признаки каких-либо значимых изменений в структурном соотношении между первичной медико-санитарной помощью, специализированной и высокоспециализированной медицинской помощью отсутствуют. Однако одной из приоритетных целей нынешней структурной реформы заявлено создание стимулов, которые способствовали бы более активной деятельности муниципалитетов в области профилактики заболеваний, укрепления здоровья населения и организации внебольничной помощи и реабилитации пациентов.

В целом можно сказать, что система здравоохранения Дании обеспечивает хорошее «соотношение цены и качества». В докладах правительства последовательно указывается, что соотношение общего уровня расходов и качества медицинского обслуживания, в том числе таких показателей, как срок ожидания плановой медицинской помощи и качество услуг, в Дании считается приемлемым по сравне-

нию с другими европейскими странами. Это является результатом многих инициатив, направленных на обеспечение контроля расходов, повышение эффективности и улучшение качества медицинского обслуживания. Важнейшей характеристикой этой системы можно назвать использование схемы глобального бюджетирования и применение жестких бюджетных ограничений. В последние годы к этому прибавилась практика заключения внутренних контрактов и частичное финансирование больниц на основе оплаты по результатам деятельности, нацеленные на обеспечение повышения эффективности системы здравоохранения. В последнем докладе правительства указано, что в стране имеет место постепенный рост эффективности работы сектора здравоохранения и за период с 2003 по 2004 год она возросла на 2,4%. По результатам сравнения эффективности работы больниц на национальном и региональном уровнях было выявлено лишь небольшое различие этих показателей по областям. Что касается эффективности работы сектора первичной медико-санитарной помощи, то здесь информации не так много, но предполагается, что сочетание механизмов подушевой оплаты и оплаты за предоставленные услуги обеспечивает достаточные стимулы для оптимизации как уровня медицинского обслуживания, так и набора услуг. Размеры гонораров врачей регулярно обсуждаются с органами государственной власти; кроме того, проводится регулярный мониторинг деятельности врачей. На протяжении многих лет важнейшими отличительными чертами датской системы здравоохранения являются механизм контроля доступа к специализированной медицинской помощи и к услугам врачей-специалистов, который осуществляется силами врачей общей практики, выполняющих роль «привратника» (диспетчера), а также общий принцип подхода к лечению, когда пациенту следует обеспечить адекватное лечение на наиболее низком уровне системы специализированной помощи, а не создавая свободный доступ к медицинским учреждениям более высокого уровня специализации.

В стране действует политика содействия замене лекарственных препаратов дженериками, и все региональные органы власти осуществляют мониторинг использования лекарственных средств в медицинских учреждениях на местах. Но несмотря на некоторые позитивные результаты, достигнутые в сфере установления цен на лекарства, усилия по сокращению общих затрат на фармацевтическую продукцию особым успехом не увенчались. Возможную экономию финансовых средств более чем перевешивает все более широкое

использование новых и дорогих препаратов, а также изменения, касающиеся назначений медикаментозного лечения гипертонии, повышенного уровня холестерина и т. п. В некоторых районах проводились эксперименты по замене врачей медсестринским персоналом, но наиболее важным движущим фактором эффективности работы сектора здравоохранения стал широко практикуемый и в целом успешный переход от лечения в условиях стационара к амбулаторному.

Подотчетность покупателей и поставщиков медицинских услуг главным образом обеспечивается за счет организации иерархического контроля внутри политико-бюрократических структур национального, регионального и муниципального уровней. Процессы бюджетирования и общего экономического управления включают подотчетность и оценку работы на всех уровнях. На проводимых ежегодно переговорах между центром и региональными и муниципальными органами власти обсуждаются такие вопросы, как оценка потребностей, результатов работы и новых сфер деятельности. В основе регионального и муниципального общественного управления лежит система заключения внутренних контрактов, создание стимулов и мер надзора за деятельностью больниц и других государственных учреждений. Мониторингом деятельности практикующих врачей, оказывающих первичную медико-санитарную помощь и специализированную медицинскую помощь, занимаются областные органы власти, которые также финансируют эту деятельность в соответствии с общенациональными тарифами на медицинские услуги. Качество проверяется с помощью внутренних управленческих процедур, измерением удовлетворенности пациентов медицинским обслуживанием на национальном уровне, а также различных инициатив, проводимых на национальном и региональном уровнях и направленных на разработку соответствующих стандартов, клинических протоколов, клинических баз данных и т. п. С 2007 года все больницы страны были включены в Датскую систему обеспечения качества в здравоохранении, и теперь через регулярные промежутки времени проводится процедура их внешней аккредитации. Кроме того, создана общенациональная система отчетности о случаях неумышленного причинения вреда здоровью. На общенациональном, региональном и муниципальном уровнях проводятся оценки медицинских технологий (ОМТ). Практика проведения ОМТ приобрела официальный характер; оценки медицинских технологий осуществляются на базе одного национального института и нескольких ресурсных центров на областном уровне. ОМТ рекомендуется проводить в связи с приня-

тием важнейших решений в сфере здравоохранения, но пока эта практика применяется не повсеместно. В последние годы были расширены и формализованы права пациентов; в стране действуют механизмы введения санкций за ненадлежащее выполнение медицинскими работниками своих профессиональных обязанностей или какие-либо злоупотребления с их стороны.

Общественное здравоохранение

Как и в других европейских странах, в последние десятилетия смертность от сердечных заболеваний в Дании существенно снизилась. Частично это обусловлено повышением уровня выживаемости пациентов, страдающих болезнями сердца. Кроме того, благодаря усовершенствованию медицинских вмешательств возросла также выживаемость пациентов, страдающих некоторыми видами раковых заболеваний.

Вместе с тем по общей смертности, а также по некоторым структурным показателям смертности Дания пока еще отстает от других стран Северной Европы. Вероятно, это объясняется сочетанием ряда медицинских, экологических и поведенческих факторов. Есть основания полагать, что в результате применения более передовых методов хирургического и медикаментозного лечения улучшились функциональные возможности и качество жизни населения Дании, однако количественных подтверждений этого предположения мало. Результаты одного из последних исследований, в котором анализировался уровень смертности, предотвратимой мерами медико-санитарной помощи, в 19 промышленно развитых странах, свидетельствуют о том, что показатели работы датской системы здравоохранения соответствуют среднему уровню. Они не так высоки, как в остальных странах Скандинавии (а именно в Норвегии и Швеции), но лучше, чем в Соединенном Королевстве, Португалии, Ирландии, США, Австрии, Новой Зеландии и Греции. Несмотря на довольно слабое вмешательство датской системы общественного здравоохранения в эту сферу, в стране наметилась постепенная, хотя в последнее время и несколько замедлившаяся тенденция к уменьшению потребления табачной продукции. Уровень потребления алкоголя высокий, невзирая на все усилия в этой области и проведение антиалкогольных кампаний (правда, эти усилия были нейтрализованы снижением налогов на спиртные напитки). В настоящее время одним из насущных вопросов в области общественного здравоохранения стала проблема

ожирения и связанных с ним заболеваний (в частности, диабета). Однако каких-либо значимых мероприятий в этой связи пока проведено не было.

В Дании все более актуальной становится проблема неравенства в здоровье среди групп населения, различных по уровню образования и роду деятельности. Вместе с тем нет никаких доказательств, свидетельствующих о том, что это обусловлено неравным доступом населения к услугам здравоохранения или к их использованию, за исключением некоторых видов услуг (например, стоматологических), которые предполагают довольно значительные соплатежи пациентов. Скорее всего, такое неравенство вызвано неблагоприятными социальными и экологическими условиями и поведением людей из определенных групп населения – но эти вопросы из разряда тех, которые с помощью проводимых в настоящее время мероприятий в сфере здравоохранения решить невозможно.

1. Введение

1.1. Обзор системы здравоохранения

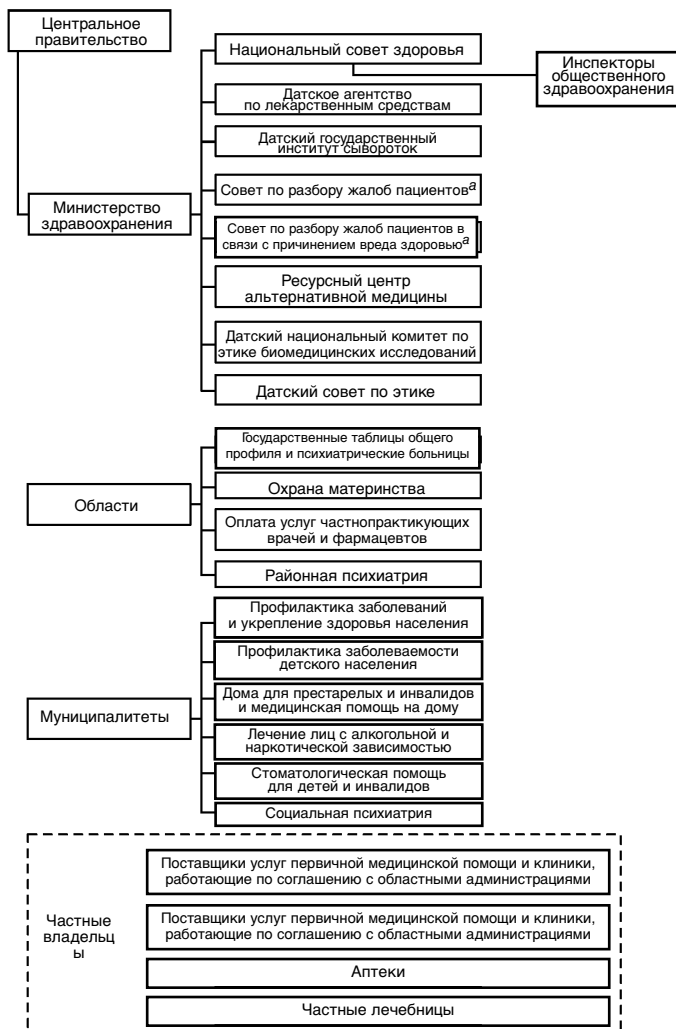
Определяющей чертой датской системы здравоохранения является децентрализация ответственности за оказание первичной медико-санитарной и вторичной (специализированной) медицинской помощи (см. рис. 1.1).

На государственном уровне руководящая роль принадлежит Министерству здравоохранения. Оно занимается организацией и управлением муниципальными учреждениями здравоохранения, а также надзором и частичным финансированием муниципалитетов и областей. В сфере здравоохранения министерство отвечает за выполнение административных функций, касающихся организации и финансирования системы здравоохранения, психиатрических служб и медицинского страхования. Кроме того, министерство отвечает за допуск на рынок лекарственных препаратов и надзор за деятельностью фармацевтического сектора. В круг обязанностей министерства входят также мероприятия по профилактике заболеваний и укреплению здоровья населения. На рис. 1.1 обязанности Министерства здравоохранения показаны более подробно.

В собственности и управлении областей находятся больницы, а также полное или частичное финансирование деятельности частнопрактикующих врачей – врачей общей практики, врачей-специалистов, хиропрактиков и физиотерапевтов. Кроме того, из областных бюджетов производится возмещение расходов на лекарства.

На местном уровне муниципалитеты отвечают за профилактику заболеваний, укрепление здоровья населения и проведение мероприятий по внебольничной реабилитации, а также занимаются другой

Рис. 1.1. Общая структура системы здравоохранения



Источник: Схема составлена авторами обзора.

Примечание: ^a Совет по разбору жалоб пациентов и Совет по разбору жалоб пациентов в связи с причинением вреда здоровью – это две разные организации. Совет по разбору жалоб пациентов занимается рассмотрением жалоб, касающихся профессиональной деятельности работников системы здравоохранения. Совет по разбору жалоб пациентов в связи с причинением вреда здоровью занимается рассмотрением заявлений пациентов на получение ими компенсации в связи с причинением вреда здоровью вследствие ненадлежащих, неверных или преступно-небрежных действий работников системы здравоохранения.

деятельностью в сфере здравоохранения (см. рис. 1.1). Более подробное описание структуры системы здравоохранения страны содержится в разделе 2.2 «Обзор организационной структуры».

1.2. География и социодемография

Дания – одна из стран Скандинавии. Ее материковая часть расположена к северу от своего единственного сухопутного соседа – Германии, к юго-западу от Швеции и к югу от Норвегии. В состав Дании входят две прибрежные территории – Гренландия и Фарерские острова, которые с 1979 и 1948 года соответственно являются самоуправляющимися. Страна состоит из основной, материковой, части и ряда островов (см. рис. 1.2). Климат умеренный.

Рис. 1.2. Карта Дании



Источник: CIA, 2005

Дания – маленькая страна с небольшой численностью, но высокой плотностью населения (см. табл. 1.1). Демографическое развитие сходно с другими странами Западной Европы: доля пожилого населения растет, уровень рождаемости низкий.

Таблица 1.1. Демографические показатели, 1970–2004 гг.

	1970	1980	1990	2000	2004
Общая численность населения	4 920 966	5 122 065	5 135 409	5 330 020	5 397 640
% женского населения	50,28	50,62	50,72	50,58	50,53
% населения в возрасте 0–14 лет	23,36	21,11	17,15	18,41	18,85
% населения в возрасте 65 лет и старше	12,15	14,34	15,59	14,83	14,91
Рост населения (%)	–	4,09	0,26	3,79	1,27
Плотность населения (кол-во человек на кв. км)	114,6	118,9	119,2	123,7	125,2
Общий коэффициент фертильности (кол-во рождений на одну женщину)	1,95	1,55	1,67 ^a	1,77	1,72 ^a
Общий коэффициент рождаемости (на 1000 чел.)	14,39	11,19	12,35	12,59	12,46 ^b
Стандартизованный коэффициент смертности (на 1000 чел.)	9,58	9,22	8,74	7,52	7,49 ^c
Коэффициент демографической нагрузки (кол-во лиц в возрасте 0–14 лет и в возрасте 65 лет и старше на 1000 населения в возрасте 15–64 лет).	0,55	0,55	0,49	0,50	0,51
Распределение населения (% городского населения)	–	84	85	85 ^c	–

Источники: European Union, 2005; Statistics Denmark, 2005; WHO, 2005.

Примечания: ^a 2002; ^b 2003; ^c 2001.

1.3. Экономика

Дания принадлежит к числу богатейших стран мира. Для нее характерно достаточно равномерное распределение доходов среди населения (см. табл. 1.2). До 1950-х годов крупнейшую долю экспорта и национального дохода страны составляла продукция сельского хозяйства; затем доминирующими секторами экономики стали промышленность и сфера услуг, причем для последней характерен наиболее быстрый рост. За исключением нефти, природного газа и плодородных почв, в стране очень мало природных ресурсов. Общий уровень образования населения довольно высок: 32 и 18% населения в возрасте от 20 до 69 лет имеют соответственно среднее и высшее образование. Уровень безработицы по сравнению с серединой 1990-х годов снизился, однако среди некоторых этнических меньшинств по-прежнему остается высоким.

Таблица 1.2. Макроэкономические показатели, 1996–2006 гг.

	1996	1998	2000	2002	2004	2006
ВВП, млн долл. США по обменному курсу	184,394	173,674	160,144	173,984	243,639	275,227
ВВП на душу населения, долл. США по обменному курсу	35,036	32,743	29,992	32,375	45,110	47,759*
Добавленная стоимость в промышленности (% ВВП)	–	–	27,2	26	25,5	–
Добавленная стоимость в сельском хозяйстве (% ВВП)	–	–	2,9	2,6	2,2	–
Добавленная стоимость в сфере услуг (% ВВП)	–	–	69,9	71	72,3	–
Рабочая сила (тыс. человек)	2,822	2,848	2,853	2,849	2,883	2,875*
Общий уровень безработицы (% от рабочей силы)	6,9	5,4	4,6	4,7	5,7	5*
Коэффициент Гини	–	–	–	0,25	–	–

Источники: OECD, 2007; CIA, 2007.

Примечания: ВВП – валовой внутренний продукт; * 2005 г., последние имеющиеся данные.

1.4. Политика

Политическое устройство Дании – конституционная монархия и парламентская демократия. Правительство является органом исполнительной власти, парламент – органом законодательной власти. На протяжении десятилетий верховный суд страны занимается так называемыми политическими вопросами, однако его роль в этом смысле довольно незначительна. Минимальный процент голосов, который должна набрать партия, чтобы пройти в парламент, составляет 2%, и на момент составления настоящего обзора в датском парламенте было представлено семь политических партий плюс четыре представителя от Гренландии и Фарерских островов. Тремя крупнейшими партиями страны считаются Либеральная, Социал-демократическая и Датская народная партии. По давней традиции правительство Дании представляет собой правительство меньшинства, где присутствуют две или три партии. Нынешнее правительство пришло к власти в 2001 году, состоит из коалиции Либеральной и Консервативной партий и поддерживается Датской народной партией. Оно пришло на смену коалиционному правительству, в его состав входили социал-демократы и социал-либералы.

К региональному уровню относятся пять административных областей. Одна из основных сфер ответственности региональных органов власти – сектор здравоохранения. Местный уровень представлен 98 муниципалитетами. Муниципалитеты отвечают за работу школ, социальное обеспечение, профилактику заболеваний и укрепление здоровья населения, а также здравоохранение.

Дания – участница Европейского союза (ЕС) с 1973 года, а также член Организации Объединенных Наций, Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), Всемирной торговой организации (ВТО) и Совета Европы.

Дания является участником следующих международных конвенций: Конвенции против пыток и других жестоких, бесчеловечных или унижающих достоинство видов обращения и наказания; Международного пакта о гражданских и политических правах; Конвенции о ликвидации всех форм дискриминации в отношении женщин; Международной конвенции о ликвидации всех форм расовой дискриминации; Международного пакта об экономических, социальных и культурных правах; Международной конвенции о защите прав всех трудящихся-мигрантов и членов их семей; Конвенции о правах ребенка с факультативными протоколами по вопросам об участии

детей в вооруженных конфликтах и о торговле детьми, детской проституции и детской порнографии.

1.5. Состояние здоровья населения

По сравнению с другими странами мира состояние здоровья населения Дании можно в целом охарактеризовать как хорошее, если судить по таким показателям, как заболеваемость и смертность. Однако за последние десятилетия здоровье населения Дании улучшалось не так быстро, как в других европейских странах. Тем не менее тенденции изменений средней продолжительности жизни свидетельствуют о том, что во второй половине 1990-х годов состояние здоровья населения значительно улучшилось.

Продолжительность жизни

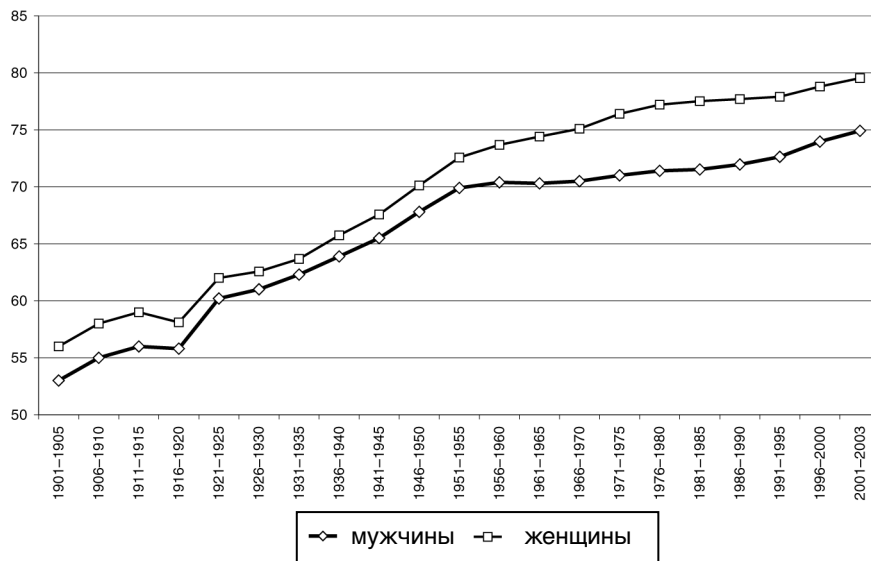
Как показано на рис. 1.3 и в табл. 1.3, в XX веке средняя продолжительность жизни в Дании существенно увеличивалась, хотя у мужчин и женщин динамика этого показателя была различной.

У мужчин с начала 1950-х и до 1990-х годов средняя продолжительность жизни оставалась практически неизменной и только в 1990-х годах снова стала расти. У женщин же продолжительность жизни быстро росла до 1970-х годов, после чего наблюдался лишь очень незначительный рост. До 1995 года общая средняя продолжительность жизни в Дании увеличивалась медленнее, чем в других странах Западной Европы. Но начиная с 1995 года этот показатель рос очень существенно и гораздо быстрее, чем в большинстве западноевропейских стран.

Как видно из табл. 1.4, за период с 1995 по 2002 год включительно у женщин средняя продолжительность жизни увеличилась на 1,7 года, а у мужчин – на 2,1 года. Таким образом, только за эти восемь лет продолжительность жизни в Дании увеличилась на столько же, на сколько за все предшествующие 25 лет. Наиболее заметный рост показателя продолжительности жизни отмечен у мужчин, что может быть обусловлено прежде всего снижением показателя младенческой смертности в этот период (Ministry of the Interior and Health 2004c).

В 2000 году министерства внутренних дел и здравоохранения провели широкое исследование, целью которого было установить наименее благоприятные явления в сфере здравоохранения Дании. В результате этого исследования выяснилось, что показатели состояния

Рис. 1.3. Средняя продолжительность жизни мужчин и женщин (лет), 1901–2003 гг.



Источники: DIKE, 1997; Statistics Denmark, 2005.

Таблица 1.3. Ожидаемая при рождении продолжительность жизни в Дании, Норвегии, Швеции и Соединенном Королевстве в 1970–1994 и 1995–2000 гг.

Страна	1970	1994	Изменения	1995	2000	Изменения
Дания	73,3	75,4	2,1	75,3	76,9	1,6
Норвегия	74,2	77,9	3,7	77,9	78,8	0,9
Швеция	74,8	79,0	4,2	79,1	79,9	0,8
Соединенное Королевство	72,0	76,9	4,9	76,8	78,1	1,3
В среднем по ЕС	–	–	–	76,6	77,9	1,3

Источники: OECD, 2004; WHO, 2005.

Примечание: ЕС – Европейский союз.

Таблица 1.4. Коэффициенты смертности и ожидаемая продолжительность жизни в Дании, 1960–2002 гг.

	1960	1970	1980	1990	1995	1997	1998	2000	2001	2002
Ожидаемая при рождении продолжительность жизни (женщины)	74,4	75,9	77,3	77,7	77,8	78,4	78,6	79,3	79,3	79,5
Ожидаемая при рождении продолжительность жизни (мужчины)	70,4	70,7	71,2	72,0	72,7	73,3	73,7	74,5	74,7	74,8
Ожидаемая при рождении продолжительность жизни (общая)	72,2	73,3	74,3	74,9	75,3	78,9	76,2	76,9	77,0	77,2
Коэффициент смертности, взрослые женщины (на 1000 взрослых женщин)	–	–	9,9	11,4	12,0	11,4	10,9	10,9	11,0	–
Коэффициент смертности, взрослые мужчины (на 1000 взрослых мужчин)	–	–	11,9	12,3	12,1	11,3	11,0	10,6	10,5	–
Коэффициент смертности, дети в возрасте до 5 лет (на 1000 живорожденных)	–	16,9	10,4	8,9	6,3	6,2	5,7	5,7	–	–
Коэффициент младенческой смертности (на 1000 живорожденных)	21,5	14,2	8,4	7,5	5,1	5,3	4,7	5,3	4,9	4,4

Источники: OECD, 2004; National Board of Health, 2005b.

здоровья женского населения страны ниже, чем в других странах. Так, например, в Дании оказались выше показатели смертности, в особенности среди женщин в возрасте 35–64 лет. Смертность у женщин среднего возраста в Дании в среднем на 40–50% выше, чем

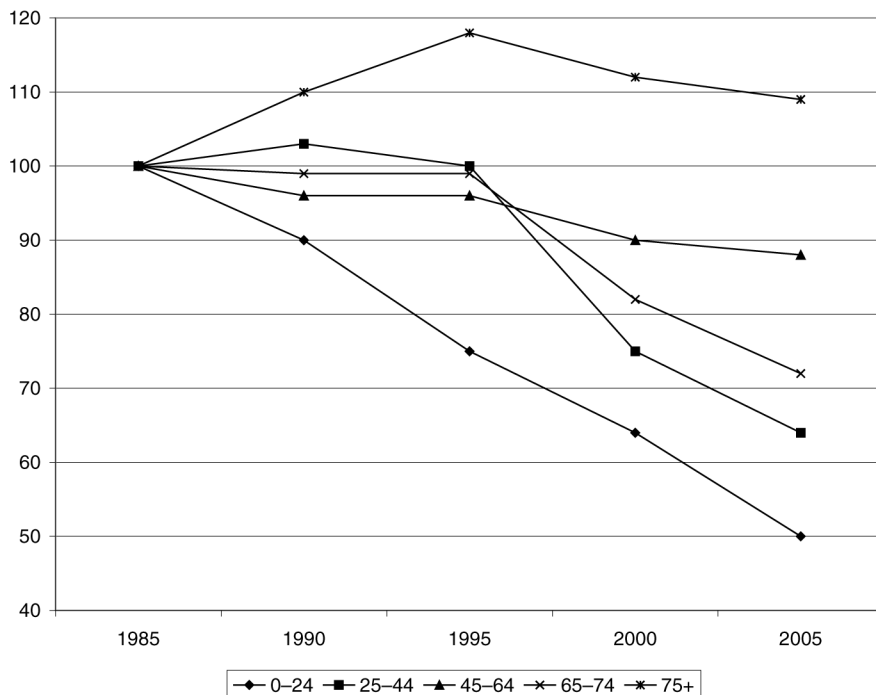
у женщин из других стран Евросоюза. В частности, вызывает тревогу рост заболеваемости раком среди женщин (в основном это касается рака молочной железы и рака легкого). Негативное влияние на показатели состояния здоровья женщин оказывают также сердечно-сосудистые заболевания и заболевания, связанные с употреблением алкоголя. У мужчин же динамика показателя смертности аналогична ситуации в других странах ЕС (Ministry of the Interior and Health 2004c).

Заболеваемость и смертность

Показатели смертности в Дании в XX веке наиболее заметно снизились среди младенцев, детей и молодежи. Показатели младенческой смертности в Дании сейчас одни из самых низких в Европе. За последнее столетие ожидаемая при рождении продолжительность жизни для мальчиков увеличилась на 20 лет, а для мужчин в возрасте 50 лет и старше – на 4 года. Снижение показателей смертности у детей, молодежи и лиц среднего возраста обусловлено в основном уменьшением числа случаев инфекционных заболеваний, в том числе туберкулеза. В 1930-х годах 60% умерших от туберкулеза были лицами в возрасте от 15 до 44 лет. В 1960-е годы – как и в настоящее время – основными причинами смерти людей в возрасте от 65 лет и старше были онкологические и сердечно-сосудистые заболевания. Причины смерти отличаются также в зависимости от пола: до середины 1960-х годов смертность от сердечно-сосудистых заболеваний среди мужчин росла, а среди женщин с начала 1950-х годов стала снижаться.

В конце 1980-х годов смертность от сердечно-сосудистых заболеваний в Дании была ниже, чем в Норвегии и Швеции, но выше, чем в остальных странах ЕС. В Дании больше, чем во многих других странах Евросоюза, распространено курение, в особенности среди женщин, а уровень потребления алкоголя выше, чем в других странах Скандинавии, но ниже по сравнению с Францией и Австрией. Кроме того, если судить по данным о количестве продаваемых продуктов питания (Ministry of Health 1998), у датчан самая высокая в ЕС калорийность рациона. Но даже все эти факторы, вместе взятые, не являются достаточным объяснением того, почему в Дании наблюдается столь слабый прогресс в отношении увеличения продолжительности жизни населения.

На рис. 1.4 показана динамика показателей смертности для пяти возрастных групп в период 1985–2005 гг. В возрастной группе до 24 лет в 1990-е годы смертность существенно снизилась. Число смертей в

Рис. 1.4. Смертность в различных возрастных группах, 1985–2005 гг.

Источник: National Board of Health, 2005b.

Примечания: данные за 2005 г. являются предварительными; индекс 1985 г. принят равным 100.

данной возрастной группе уменьшилось за этот период почти на треть. После 1995 года смертность снижалась во всех группах, в том числе среди лиц в возрасте от 70 лет и старше, в которой в первой половине 1990-х годов было отмечено некоторое повышение показателей смертности. В 1999 году показатель смертности в этой возрастной группе (от 70 и старше) был практически таким же, как и в 1990 году, и на 6% ниже, чем в 1995 году. В возрастной группе от 30 до 49 лет показатели смертности в первой половине 1990-х годов не менялись, а затем сильно пошли на спад – за период с 1995 по 2001 год они снизились примерно на 20%. В возрастной группе от 50 до 69 лет показатели смертности снизились за весь период на 23% и очень сильно упали в конце 1990-х годов.

У женщин различия в показателях смертности для разных социальных слоев оказались гораздо меньшими, чем у мужчин. Если принять средний показатель смертности за 100, то у мужчин в зависимости от

рода занятий смертность колеблется в среднем в диапазоне от 72 до 125 (в некоторых группах, например среди моряков торгового флота и рыбаков, – этот показатель достигает 2000), а у женщин этот диапазон составляет всего лишь от 90 до 110. Следует отметить, что среди женщин – квалифицированных рабочих и «белых воротничков» показатели смертности ниже, чем в группах, занимающих наиболее высокие ступени профессиональной лестницы (Ministry of Health 2000). Более подробно эти вопросы рассматриваются далее в этой главе, в разделе «Неравенство в состоянии здоровья».

Недавние исследования общей заболеваемости среди граждан Дании (см. табл. 1.5) показывают, что в последние несколько лет этот показатель вырос, причем это характерно как для мужчин, так и для женщин, и во всех возрастных группах. Увеличился также процент лиц, сообщивших, что они страдают одним или несколькими заболеваниями длительного течения. Среди наиболее часто встречающихся заболеваний длительного течения отмечены болезни костно-мышечной системы, органов дыхания, сердечно-сосудистые заболевания, заболевания нервной системы и органов чувств. Наиболее частыми были жалобы на боли в области шеи, плеч, боли в спине, конечностях, бедрах, суставах, головные боли, повышенную утомляемость, а также простуды, в том числе насморк и кашель (Ministry of the Interior and Health 2002b).

Чаще всего пациенты жаловались на две группы заболеваний: к первой относятся астма, поллиноз и другие аллергические реакции и насморк, ко второй – болезни костно-мышечной системы (Ministry of the Interior and Health 2002b). Что касается профилактики, то этим группам заболеваний в последние годы уделялось особое внимание. При выбытии из стационара наиболее частыми диагнозами были сердечно-сосудистые заболевания, опухоли и травмы (см. табл. 1.6).

Показатели заболеваемости получены от Национального института здравоохранения за 1987, 1994 и 2000 годы. Датское исследование заболеваемости и состояния здоровья населения в 2000 году (SUSY) проводилось по репрезентативной выборке, состоящей примерно из 22 500 человек в возрасте старше 16 лет. 78% опрошенных оценили свое состояние здоровья как «хорошее» и «очень хорошее» (две высшие оценки по пятибалльной шкале) (Kjoller & Rasmussen 2002). Более ранние исследования показывали примерно такую же картину: 78–80% респондентов охарактеризовали свое состояние здоровья как «хорошее». Эти показатели в Дании оказались выше, чем в других странах ЕС. Мужчины оценивают свое состояние здоровья как «хорошее» или «очень хорошее» примерно в 5% случаев

Таблица 1.5. Основные причины смерти, 1995, 1997 и 1999 гг. (МКБ–10)

	1995	1997	1999
I. Все причины	62 815	59 606	58 722
II. Отдельные состояния, возникающие в перинатальном периоде (Р00-Р96, А33)	176	168	124
III. Инфекционные болезни	656	383	469
Инфекционные и паразитарные болезни (А00-В99)	637	376	465
Туберкулез (А17-А19)	19	7	4
IV. Неинфекционные болезни	46 045	42 945	43 122
Болезни системы кровообращения (I00-I99)	24 926	22 003	21 459
Злокачественные новообразования (С00-С97)	15 701	15 254	15 444
Злокачественное новообразование трахеи/ бронхов/легкого (С33-С34)	3 506	3 427	3 376
Органические психические расстройства (F01-F99)	935	1 234	1 751
Болезни органов пищеварения (K00-K92)	977	1 027	1 092
V. Внешние причины (V01-Y88)	2 464	2 425	2 453

Источник: WHO, 2005.

Примечания: МКБ-10 – Международная статистическая классификация болезней, травм и причин смерти 10-го пересмотра

Таблица 1.6. Десять основных диагнозов при выбытии из стационара, 2000 г.

Диагноз	Всего	%
1 Болезни системы кровообращения	141 926	12,7
2 Новообразования	105 152	9,4
3 Травмы, отравления и прочие последствия внешних причин	101 203	9,0
4 Беременность, роды и послеродовые заболевания	90 724	8,1
5 Болезни органов пищеварения	88 167	7,9
6 Болезни органов дыхания	85 647	7,6
7 Симптомы и состояния неясного происхождения	68 833	6,1
8 Болезни костно-мышечной системы	55 145	4,9
9 Болезни мочеполовой системы	54 566	4,9
10 Болезни нервной системы и органов чувств	25 928	2,3

Источник: National Board of Health, 2005с.

Таблица 1.7. HALE и DALE жителей Дании, 2000–2002 гг.

Показатель/лет	2000	2001	2002
Ожидаемые потери здоровой жизни при рождении (число лет, женщины)	8,4	8,7	8,4
Ожидаемые потери здоровой жизни при рождении (число лет, мужчины)	5,3	5,5	6,3
Ожидаемая продолжительность здоровой жизни (HALE) при рождении (лет, женщины)	70,1	70,8	71,1
Ожидаемая продолжительность здоровой жизни (HALE) при рождении (лет, мужчины)	68,9	69,3	68,6
Ожидаемая продолжительность здоровой жизни (HALE) при рождении (лет, население в целом)	69,8	70,16	69,8
Доля потерянных лет здоровой жизни в % от всей продолжительности жизни (женщины)	10,7	10,9	10,5
Доля потерянных лет здоровой жизни в % от всей жизни (мужчины)	7,2	7,3	8,4
Ожидаемая продолжительность жизни с учетом инвалидности (DALE) (лет)	69,8	70,1	69,8

Источник: WHO, 2005/Европейское региональное бюро ВОЗ, 2005

чаще, чем женщины. Была выявлена довольно заметная разница в ответах респондентов в зависимости от уровня их образования. «Хорошим» и «очень хорошим» считают состояние своего здоровья 60% датчан, получивших менее чем 10-летнее образование в учебных заведениях; среди тех, кто проучился в учебных заведениях 13 лет и более, такой ответ дали 86% опрошенных. В 2000 году почти 40% датчан страдали заболеваниями длительного течения; в 1987 году этот показатель составлял 33%. В 2000 году примерно у 12% опрошенных эти заболевания проявлялись настолько сильно, что вносили серьезные ограничения в их образ жизни. Около 20% респондентов сообщили о наличии эмоциональных проблем, которые негативно сказываются на их повседневной жизни (во время работы и в свободное время) в течение четырех недель до проведения исследования (National Institute of Public Health, 2002). В табл. 1.7 приведены показатели ожидаемой продолжительности здоровой жизни (HALE) и ожидаемой

продолжительности жизни с учетом инвалидности (DALE) для населения Дании на рубеже столетий.

Факторы, оказывающие влияние на состояние здоровья населения

На состояние здоровья населения Дании оказывает влияние целый ряд факторов. Среди них можно отметить рацион питания и ожирение, потребление табака и алкоголя, а также недостаточную физическую активность.

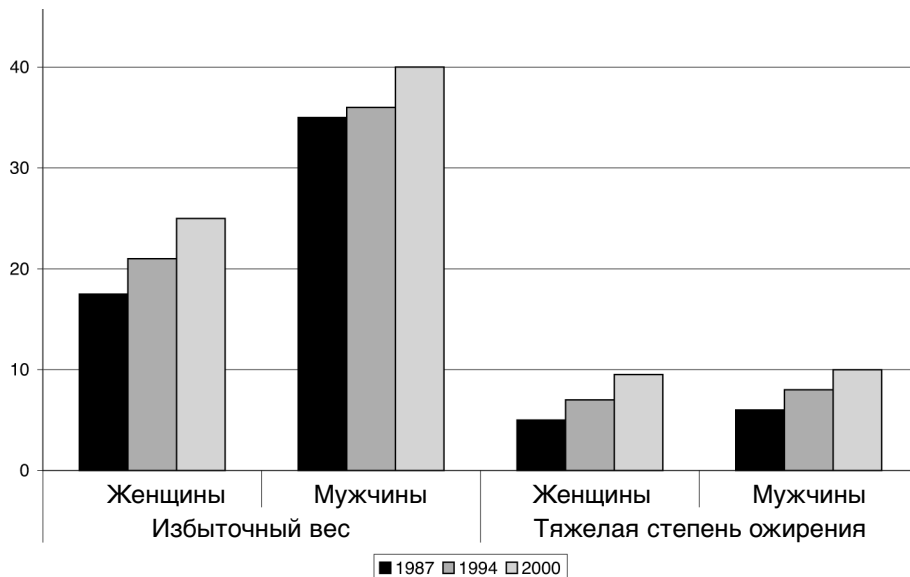
Диета и ожирение

Исследование SUSY 2000 года показывает, что для различных групп населения Дании, а также для мужчин и женщин характерны различия в рационе питания (Kjoller & Rasmussen 2002). Тушеные и свежие овощи и фрукты чаще присутствуют в ежедневном рационе женщин, чем мужчин, при этом мужчины чаще включают в свой рацион картофель. Ежедневное потребление свежих овощей наиболее характерно для возрастной группы от 45 до 66 лет. Не реже раза в неделю употребляют в пищу рыбу примерно равное число лиц обоего пола. Авторы исследования заключают, что разнообразие рациона питания находится в прямой зависимости от возраста опрошенных, т. е. чем старше человек, тем разнообразнее его рацион питания.

За период с 1955 по 1999 год количество белка в рационе датчан в целом возросло, а потребление углеводов и клетчатки – уменьшилось. Содержание жиров в рационе увеличилось с 36% в 1955 году до 43% в 1989, после чего снизилось до 38% в 1995 году. Однако по сравнению с уровнем, указанным в национальных рекомендациях по питанию, содержание жиров в рационе датчан остается слишком высоким (National Institute of Public Health 2002).

В период между 1987 и 2000 годами доля лиц старше 16 лет с тяжелой степенью ожирения (т. е. тех, у кого индекс массы тела (ИМТ) больше или равен 30) возросла с 6 до 9,5% (National Institute of Public Health 2002). Как показано на рис. 1.5, процент датчан со средней степенью ожирения (ИМТ ≥ 25) также увеличился: в 2000 году избыточный вес наблюдался у 40% мужчин и 25% женщин. Для сравнения, в 1987 году избыточным весом страдали всего 35% мужчин и 17% женщин. Особенно сильно возросла доля лиц с тяжелой степенью ожирения среди мужчин в возрасте от 16 до 24 лет и женщин в возрасте от 25 до 44 лет.

Рис. 1.5. Число мужчин и женщин, страдающих избыточным весом или тяжелой степенью ожирения (1987, 1994, 2000 гг.)



Источник: Ministry of the Interior and Health, 2004b.

Примечания: избыточный вес: ИМТ ≥ 25 ; тяжелая степень ожирения: ИМТ ≥ 30 .

Было выявлено, что на ожирение оказывает влияние такой фактор, как уровень образования: тяжелая степень ожирения чаще наблюдается у лиц с более низким уровнем образования. У тех, кто имеет менее 10 классов образования, вероятность тяжелой степени ожирения более чем в два раза выше по сравнению с теми, кто проучился минимум 15 лет.

Потребление табака

В Дании с потреблением табака связано 12 000 смертей в год (Juel 2001). Каждый год примерно 4 500 человек умирают от рака, вызванного курением, что соответствует примерно одной трети всех случаев смерти от раковых заболеваний в Дании в год (Peto, Lopez, Voreham, Thun 2006).

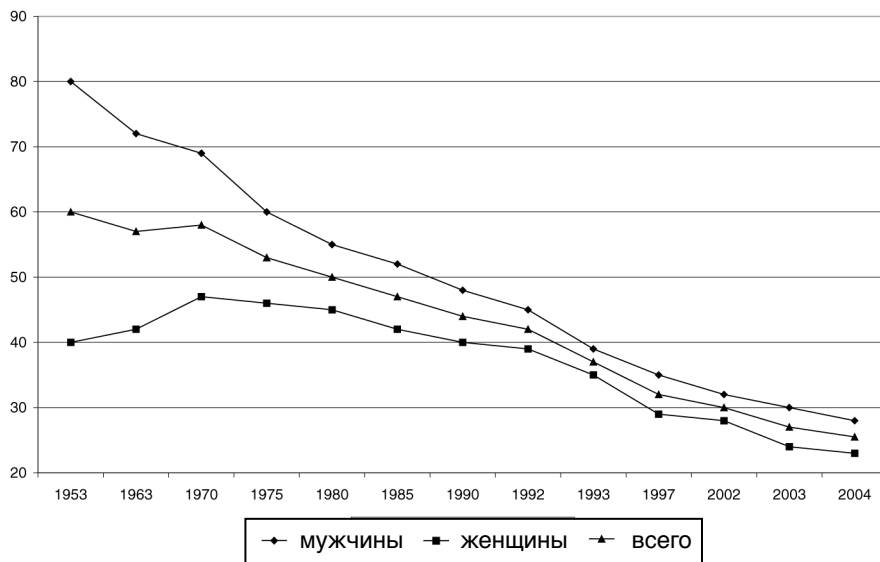
На рис. 1.6 показана динамика изменения доли ежедневно курящих среди мужчин и женщин Дании в период с 1950 по 2004 год. В 2004 году ежедневно курящими были 25% населения Дании в возрасте старше 13 лет, при этом среди женщин курильщиками были

23%, среди мужчин – 28%. По сравнению с данными за 1997 год эти показатели упали: тогда курили 29% женщин и 35% мужчин. В целом за весь период меньше стали курить как женщины, так и мужчины. Но в период 1950–1970-х годов доля курящих женщин увеличивалась (PLS Ramboll 2004).

Примерно девять из десяти курильщиков в Дании курят ежедневно. При этом если процент курящих мужчин в Дании примерно такой же, как в среднем по ЕС, то среди женщин датчанки занимают по этому показателю одно из первых мест в странах Евросоюза (Ministry of the Interior and Health 2004с). Процент курящих ежедневно наиболее высок в возрастной группе от 45 до 66 лет: 40,6% мужчин и 36% женщин. Доля курящих ежедневно выше всего в группах с более низким уровнем образования, самая низкая – в группах, где уровень образования выше (National Institute of Public Health 2002).

Потребление табака снижалось не с той же скоростью, что число курильщиков. В частности, курильщики, у которых уровень потребления табака был невысоким, бросили курить, а те, кто выкуривал более 15 сигарет в день, продолжают курить. Однако количество

Рис. 1.6. Доля курящих ежедневно в общей массе населения (%), 1953–2004 гг.



Источник: PLS Ramboll, 2004.

заядлых курильщиков в период 1994–2000 годов снизилось, особенно в возрастной группе от 25 до 44 лет.

Потребление алкоголя

Данные о продажах спиртных напитков свидетельствуют о том, что в 1960-е годы средний уровень потребления алкоголя среди населения Дании быстро увеличивался. Начиная с середины 1970-х годов этот рост прекратился, после чего уровень потребления алкоголя стабилизировался. С 1975 года датские мужчины и женщины в возрасте 14 лет и старше потребляют в среднем по 12 литров чистого спирта на человека в год. В 1999 году средний объем потребления алкоголя составлял 11,3 литра чистого спирта на человека в год (National Institute of Public Health 2002; WHO 2005).

Довольно значительная доля населения Дании употребляет алкоголь ежедневно. Согласно данным исследования, проведенного Национальным институтом здравоохранения в 2000 году, почти восемь из десяти взрослых жителей Дании (78,1%) сообщили, что употребляли алкоголь в течение недели, предшествовавшей опросу. Среди мужчин и женщин в Дании еженедельный объем потребления алкоголя различен. О потреблении алкоголя в течение недели, предшествующей опросу, сообщили в общей сложности 85,1% респондентов-мужчин и только 71,8% женщин (National Institute of Public Health 2002).

Согласно рекомендациям Национального управления здравоохранения Дании, максимальный объем потребления алкоголя составляет 21 порцию в неделю для мужчин и 14 порций для женщин. Эту норму превышают 14,8% мужчин и 8,7% женщин. По сравнению с другими возрастными группами довольно сильное превышение максимальных рекомендуемых норм потребления алкоголя как среди мужчин, так и женщин наблюдается в возрастной группе от 16 до 24 лет. Характер потребления алкоголя в данной возрастной группе также отличается от остальных групп, поскольку у лиц в возрасте 16–24 лет три четверти всего объема потребляемого алкоголя приходится на выходные дни. Уровень потребления алкоголя по выходным дням с возрастом увеличивается.

Лица с более высоким уровнем образования, как правило, более склонны к употреблению алкоголя в рабочие дни. По сравнению с данными за 1994 год доля лиц, употребляющих алкоголь в рабочие дни и превышающих рекомендуемые нормы, в целом увеличилась, однако среди лиц в возрасте 25–44 лет этот показатель стал меньше (National Institute of Public Health 2002).

Физическая активность

В 2000 году 16,3% населения Дании сообщили, что в свободное время ведут малоподвижный образ жизни, и 23% жителей заявили, что занимаются умеренной или сильной физической нагрузкой. Сидячий образ жизни характерен главным образом для старших возрастных групп с более низким уровнем образования, а более молодые и более образованные жители Дании оказались и более физически активными. При этом среди пожилых людей доля лиц, ведущих малоподвижный образ жизни, сократилась, а среди молодых осталась на прежнем уровне. Доля населения, занимающегося умеренными и сильными физическими нагрузками, в 2000 году осталась такой же, как и в 1994-м, но по сравнению с 1987 годом несколько возросла. Среди работающего населения процент тех, у кого основной род занятий связан с сидячей работой, в 2000 году увеличился по сравнению с 1987 годом на 36,9%, а процент тех, кто занимается тяжелой физической работой, уменьшился за этот же период на 32,3%. Это снижение относится только к мужчинам (National Institute of Public Health 2002).

Неравенство в состоянии здоровья

В последние годы в Дании все большее внимание уделяется вопросу о неравенстве в состоянии здоровья населения. Комплексное национальное исследование показателей смертности и средней продолжительности жизни, которое проводилось в период между 1987 и 1998 годами, показало, что у датчан, не имеющих профессионального образования, коэффициент смертности был почти на 80% выше, чем у лиц с более высоким уровнем образования. Даже с учетом поправок на такие факторы, как курение, употребление алкоголя и недостаток физической активности, коэффициенты смертности у тех, кто не имел профессионального образования, все равно были на 50% выше. Главным образом это объяснялось менее благоприятными условиями жизни, вредными условиями труда и гораздо более высокими показателями смертности среди постоянно безработных (Juel 1999).

Исследования ожидаемой продолжительности здоровой жизни (т. е. жизни без заболеваний длительного течения) выявили зависимость, аналогичную той, которая была обнаружена в отношении коэффициентов смертности и уровня образования. В период с 1986 по 1991 год было проведено комплексное исследование характера течения заболеваний у датчан в возрасте от 30 до 64 лет. Женщины-менеджеры (как правило, это офисные работники, занимающие

ключевые посты) могут ожидать, что 83% их трудовой жизни пройдет без каких-либо заболеваний длительного течения. У женщин, относящихся к категориям наемных служащих на твердом окладе, «белых воротничков», самозанятому населению, а также у неквалифицированных рабочих этот показатель составляет 72–74%. Доля безработных женщин составляет всего 45%. Мужчины-менеджеры могут ожидать, что без каких-либо заболеваний длительного течения пройдет 76% их трудовой жизни, наемные служащие на твердом окладе и «белые воротнички» – 72–74%, а квалифицированные и неквалифицированные рабочие – 62%. Доля безработных мужчин составляет всего 39%. Таким образом, в разных группах населения наблюдаются существенные отличия по количеству лет трудовой жизни без каких-либо заболеваний длительного течения, в зависимости от профессионального статуса, рода занятий и пола, причем у женщин продолжительность здоровой жизни выше, чем у их коллег-мужчин (Ministry of Health 2000).

Наличие кариозных, пломбированных или удаленных зубов в возрасте 12 лет

Такой показатель, как число кариозных, пломбированных и удаленных зубов (КПУз) в возрасте 12 лет, с 1975 года постепенно и неуклонно уменьшался (см. табл. 1.8). В 2003 году процент детей в возрасте 12 лет с кариозными, пломбированными и удаленными зубами составил 0,9% по сравнению с 5,2% в 1975 году. Относительно низкий показатель КПУз, по сравнению с другими странами, частично обусловлен тем, что в Дании для детей и подростков в возрасте до 18 лет стоматологическое обслуживание бесплатно (либо в системе Муниципальной стоматологической службы, либо у частнопрактикующих стоматологов, которые получают оплату за предоставленные услуги от муниципалитетов). Кроме того, среди детей ведется

Таблица 1.8. Число кариозных, пломбированных или удаленных зубов (КПУз) в возрасте 12 лет, 1975–2003 гг.

	1975	1980	1985	1995	2000	2003
КПУз (%)	5,2	5,0	2,1	1,2	1,0	0,9

Источники: von der Fehr, 1994; National Board of Health, 2005a.

Примечание: КПУз – число кариозных, пломбированных и удаленных зубов.

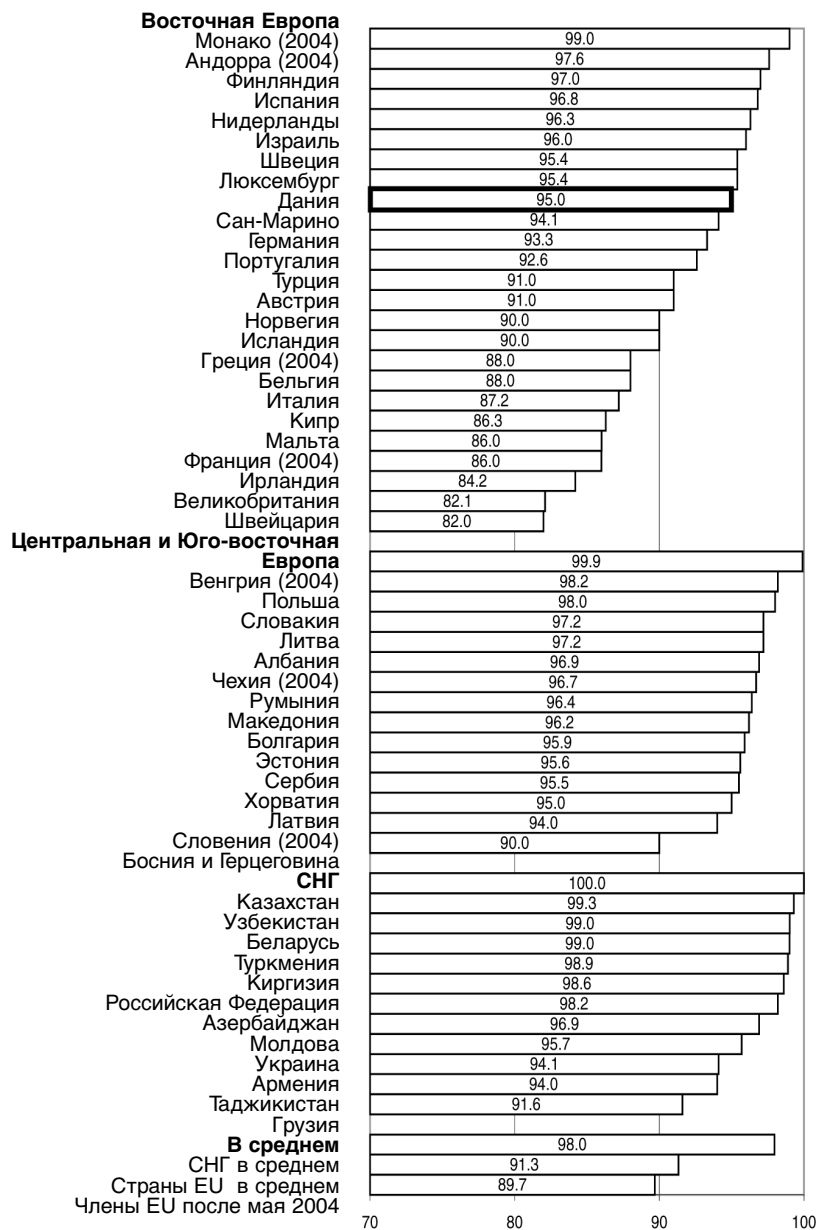
санитарно-просветительская работа и обучение ежедневной чистке зубов с использованием фторсодержащих зубных паст. Как показывают исследования, выработанная с детства привычка к соблюдению гигиены полости рта сохраняется и в подростковом возрасте (Lissau, Holst & Friis-Hasche 1990). Вопросы, касающиеся стоматологической помощи, более подробно освещены в разделе 6.1.

Национальные программы вакцинации и уровни иммунизации населения

Общие программы вакцинации населения проводятся силами врачей общей практики и финансируются из областных бюджетов по принципу оплаты за предоставленные услуги. Первичная вакцинация детей проводится в рамках диспансеризации, которая является одним из элементов программы профилактики детской заболеваемости. Вакцинация финансируется из областных бюджетов и для детей в возрасте от пяти недель до пяти лет бесплатна. Охват иммунизацией против дифтерии, столбняка, коклюша, полиомиелита и *Haemophilus influenzae b* в Дании относительно высок. Однако есть некоторые проблемы с вакцинацией против кори, эпидемического паротита и коревой краснухи (MMR): родители неохотно дают согласие на такую вакцинацию детей, поскольку опасаются побочных эффектов и осложнений, связанных с применением этой вакцины. В 1996 году в Дании 85% всех детей в возрасте 15 месяцев были иммунизированы против кори, эпидемического паротита и коревой краснухи, но в Копенгагене этот показатель был ниже 80%. В 2003 году процент детей, получивших эту комбинированную вакцинацию, достигал 96% по Дании в целом и 95% в Копенгагене (National Serum Institute 2005). Такое увеличение охвата можно объяснить тем, что начиная с середины 1990-х годов половина округов в Дании выступила с инициативой по повышению уровня охвата населения программой иммунизации. В рамках этой инициативы проводилась разъяснительная работа с населением; кроме того, врачи общей практики рассылали родителям приглашения на вакцинацию детей.

В 1997 году 16% датских детей не были иммунизированы против кори (см. рис. 1.7). По международным стандартам такой показатель был довольно высоким, что вызывало озабоченность датских органов здравоохранения. Однако уже в 2005 году против кори не было иммунизировано всего 5% детей, а это по международным нормам является показателем относительно невысоким.

Рис. 1.7. Уровень иммунизации против кори в странах Европейского региона ВОЗ, 2005



Источник: WHO, 2007/ Европейское региональное бюро ВОЗ, 2007

Примечания: СНГ – Содружество Независимых Государств; ЕС – Европейский союз.

2. Организационная структура системы здравоохранения

Организацией и финансированием большей части деятельности лицензированных медицинских работников занимается государственный сектор, при этом все жители страны имеют право на свободный доступ к медицинскому обслуживанию. Организация и финансирование значительной части государственной системы здравоохранения находятся в ведении областей: они отвечают за функционирование больниц и деятельность работников здравоохранения, которые считаются лицами свободных профессий, но получают оплату за свои услуги преимущественно за счет налогов. Роль центра ограничивается почти исключительно регулятивными, надзорными и фискальными функциями. Муниципалитеты отвечают за организацию медицинской помощи и социальное обеспечение, включая стоматологическую помощь для детей и инвалидов, а с 2007 года – и за основную часть работы, связанной с организацией реабилитационного лечения, профилактики заболеваний, укрепления здоровья и лечения алкоголизма и наркомании. Помимо частнопрактикующих медицинских работников, оплата услуг которых производится за счет налоговых поступлений и соплатежей пациентов, в стране есть несколько частных госпиталей и клиник, их услуги оплачиваются за счет налогов, частного медицинского страхования и соплатежей пациентов, а также аптеки, работающие по государственной лицензии. Документальных сведений о деятельности сектора негосударственной медицины довольно мало.

2.1. Историческая справка

Политика, нацеленная на достижение всеобщего благосостояния, имеет в Дании давнюю историю (Vallgarda 1989; Vallgarda 1999b; Vallgarda 1999a). То же касается и децентрализации задач по обеспечению благосостояния населения. До XVIII века за предоставление своим работникам необходимого ухода в случае болезни и за оказание иных видов помощи, если они в ней нуждались, несли ответственность крупные землевладельцы и хозяева ремесленных мастерских. Это, однако, не означало, что такая помощь действительно всегда предоставлялась. Постепенно, в результате распада феодальных отношений и усиления центральной роли государства, социальное поведение людей менялось. В XVIII веке получила распространение новая политическая идеология – камерализм, одной из основных его ценностей стало многочисленное и трудолюбивое население. Укоренение этой идеологии создало в стране стимулы для улучшения состояния здоровья населения. Большинство задач, связанных с здравоохранением и оказанием помощи бедным, в XVIII и XIX веках занималось не государство, а города и округа. Государство устанавливало руководящие принципы, но большинство конкретных мер по обеспечению всеобщего благосостояния осуществлялось силами местных органов власти; такая система характерна для Дании и сейчас. Сектор здравоохранения страны финансировался в основном за счет налогов, которые собирали и распределяли церковные приходы, города и округа. По сравнению с другими европейскими странами филантропическая и благотворительная деятельность по линии церкви в Дании и других странах Северной Европы играла незначительную роль в обеспечении благосостояния населения. Тот факт, что органы государственной власти также выступали и в качестве благотворителей, вероятно, стало одной из причин, по которым в странах Скандинавии у людей сложилось гораздо более позитивное отношение к государственной власти, чем в остальных западноевропейских странах. Так что традиция государства всеобщего благосостояния в Дании уходит корнями еще в XVIII век, т. е. она сформировалась задолго до образования социал-демократической и других партий, выступающих за всеобщее благо, и задолго до создания официальных благотворительных организаций.

С введением в XVIII веке государственных пособий для неимущих на повестке дня встал вопрос об ограничении числа граждан, имеющих право на получение помощи по болезни. Забота о здоровье

населения рассматривалась, с одной стороны, как один из способов укрепления национальной экономики в целом, а с другой – как способ сокращения государственных расходов. Был осуществлен ряд мер, направленных на улучшение здоровья населения. Среди таких мер можно, в частности, упомянуть систему подготовки акушерок, проведение вакцинации против оспы, повышение уровня подготовки врачей-терапевтов и хирургов и возложение обязанностей по охране здоровья населения и лечению неимущих на участковых частнопрактикующих врачей. Силами округов и городов были построены первые больницы. Эти больницы были очень маленькими и созданы с целью предоставления больным ухода и убежища (главным образом для пациентов с венерическими и другими заразными болезнями). Исключение составлял государственный госпиталь Frederiks в Копенгагене на 300 коек, куда не принимали инфекционных больных. Этот госпиталь был основан в 1757 году в качестве базовой больницы, где проходили стажировку будущие хирурги и терапевты.

В XIX веке число частнопрактикующих медицинских работников возросло. Каждый, кто мог себе это позволить, лечился у врача на дому, причем в частных домах проводились даже сложные хирургические операции. По всей стране принимали на службу обученных акушерок, которые оказывали бедным бесплатные услуги по родовспоможению. Принимались меры в области общественного здравоохранения: усовершенствование систем канализации и водоснабжения, улучшение жилищных условий, пищевой санитарный контроль, контроль условий труда работников. С середины XIX века в стране начали организовывать Советы по общественному здравоохранению. С этого времени роль государства в управлении здравоохранением усилилась, и в 1803 году был учрежден орган, ставший предшественником нынешнего Национального управления здравоохранения, – Sundhedsstyrelsen.

С 1838 года все датские врачи стали обучаться и медицине, и хирургии, считавшимися до этого отдельными категориями знаний. Таким образом, подготовка всех врачей велась по единой методике, и занимались этим одни и те же преподаватели, благодаря чему была создана единая однородная профессия, которой обучали в Университете Копенгагена. В 1936 году открылась медицинская школа в г. Орхусе, в 1966 году еще одна была учреждена в г. Оденсе. В 1857 году основана Датская медицинская ассоциация, в нее вступало все больше датских врачей. К 1900 году членами ассоциации было уже примерно 60% врачей, а к 1920 году – практически все

врачи страны. Поскольку до конца 1930-х годов самыми многочисленными представителями профессии были врачи общей практики, то и большую часть членов ассоциации составляли именно они. Однако влияние врачей общей практики в ассоциации было не так сильно, как можно было бы ожидать, если судить по их количеству в ее составе. Со временем Датская медицинская ассоциация приобретала все большее влияние и вплоть до 1980-х годов принимала участие практически во всех государственных комитетах по здравоохранению. Но по мере роста интереса к вопросам здравоохранения со стороны различных политических сил Датская медицинская ассоциация теряла часть своего влияния (Vallgarda 1992). Многие врачи, работавшие в Национальном управлении здравоохранения, занимали также определенные посты в ассоциации, в результате чего укреплялись связи между ассоциацией и правительством. В 1899 году собственную организацию создали и медицинские сестры, которые также представляли в комитетах по здравоохранению. Медицинское сословие в Дании стало скорее частью государственной машины, чем каким-то обособленным институтом, занимавшимся выработкой политической линии. С тех пор государство взяло на себя ряд функций, сформировавшихся в рамках профессии, – например, систему утверждения номенклатуры медицинских специальностей.

В XIX веке почти во всех городах Дании силами самих городов и округов были построены больницы, которые финансировались в основном за счет налогов на недвижимость (на имущество) и в меньшей степени, за счет благотворительных пожертвований и оплаты за медицинские услуги (иногда платили сами пациенты, но чаще это делали их работодатели или органы власти по линии государственной помощи неимущим). Сначала больницы предназначались только для бедных, но в конце XIX века ситуация постепенно стала меняться. Несмотря на то что большинство пациентов больниц по-прежнему составляют представители низших социальных слоев, создается впечатление, что в настоящее время это обусловлено главным образом тем, что у лиц, принадлежащих к этим слоям, просто хуже состояние здоровья (Steensen & Juel 1990). Специализированных больниц в Дании довольно мало. Исключение составляют только психиатрические, больницы для лихорадящих пациентов и туберкулезные больницы. Начиная с 1930-х годов государство стало выделять больницам субсидии, и объем этих субсидий растет. Однако за работу больниц и принятие решений в этой области по-прежнему

несли ответственность окружные советы. В этом смысле роль государства оставалась только формальной.

Из частных лечебниц на некоммерческой основе работали всего несколько католических больниц; однако постепенно они перешли в ведение округов. В последние десятилетия было учреждено несколько частных больниц, действующих на коммерческой основе. С начала 1990-х годов число новых частных клиник и больниц такого рода увеличилось. В частных больницах насчитывается менее 500 коек; частными являются примерно 2% больничных коек. Но возникновение частных больниц вызвало ряд политических конфликтов, и вопрос об этих учреждениях неоднократно обсуждался в датском парламенте. Некоторые считают, что наличие частных больниц представляет угрозу для принципа справедливости, на котором строится датская система здравоохранения; их оппоненты же утверждают, что частные клиники – хорошее дополнение к государственной системе здравоохранения и вносят в нее инновационный элемент.

Во второй половине XIX века сформировалась система медицинского страхования. Организации, занимавшиеся медицинским страхованием, создавались объединениями ремесленников и других групп населения. Ремесленники организовывали собственные фонды помощи, которые были продолжением фондов профессиональных гильдий, учрежденных их членами в целях оказания взаимной помощи. Другие объединения организовывали фонды медицинского страхования для бедных – либо своими силами, либо с помощью тех, чье финансовое положение было лучше. В основе филантропической деятельности лежало желание предотвратить болезни и тем самым сделать так, чтобы чернорабочие и мелкие фермеры не зависели от пособия по бедности. Начиная с 1892 года на программы медицинского страхования стали выделяться государственные субсидии. Однако некоторые критики такого подхода утверждали, что система государственных субсидий снизит мотивацию для благотворительной деятельности. Конец XIX века в Дании был ознаменован образованием целого ряда ассоциаций: в их состав входили рабочие, которые организовали свои профсоюзы и социал-демократическую партию, фермеры, создавшие свои кооперативы, а также мелкие арендаторы и рабочие с собственными профессиональными объединениями.

Программы медицинского страхования действовали в отношении самих застрахованных и их детей. Замужние женщины с самого начала были самостоятельными участниками программ страхования.

Сначала застрахованные обязаны были оплачивать половину стоимости услуг больницы, но впоследствии эти средства возмещались по программе страхования. Соответственно, для тех, кто имел медицинскую страховку, госпитализация была бесплатной. Соплатежи пациентов составляли лишь незначительную часть расходов больниц, остальное финансировалось за счет налогов. По программам страхования оплачивались также услуги врачей общей практики, что послужило одной из причин того, что в Дании так много этих специалистов, а их кабинеты распределены по территории страны достаточно равномерно. Исторически сложилось так, что в Дании приходилось больше врачей на 1000 жителей, чем в любой другой скандинавской стране. В частности, в 1930 году в Дании врачей было в два раза больше, чем в Швеции. Норвегии и Швеции удалось догнать Данию по этому показателю только в 1960-х и 1970-х годах.

Поначалу участие в программах медицинского страхования принимали только представители малообеспеченных классов. В 1900 году медицинскую страховку имело всего 20% населения, в 1925-м – 42%. Однако в 1973 году, когда программы страхования были отменены, уровень охвата составлял уже 90%. Более того, взносы по программам медицинского страхования засчитывались как целевые налоги на здравоохранение. В отличие от Германии, в других сферах общественных услуг (например, в системе социальной безопасности и пенсионного обеспечения) программ социального страхования такого типа не было. Начиная с 1973 года здравоохранение Дании финансируется за счет налогов. Исключение составляют те товары и услуги, которые оплачиваются самими пациентами: услуги стоматологов (частично), линзы для коррекции зрения, а также часть стоимости лекарств, отпускаемых по рецептам.

В 1930-х и 1940-х годах – не в последнюю очередь как реакция на падение рождаемости в стране – в Дании была введена система бесплатной диспансеризации для беременных женщин, младенцев и детей дошкольного возраста. По всей стране была организована система медицинского обслуживания в школах, которое прежде было только в городах. Эта система действует до сих пор. Для других групп населения общая диспансеризация введена не была, но в большинстве регионов страны предлагается несколько видов специальных обследований – например, систематический профилактический осмотр женщин на предмет рака молочной железы и рака шейки матки.

Отличительной чертой датской политики всеобщего благосостояния и в особенности политики в области здравоохранения является

консенсус по вопросу основной институциональной структуры (Vallgarda 1999b). С 1940-х годов между политическими партиями существует соглашение о том, что у всех граждан страны, вне зависимости от места их проживания и экономического статуса, должен быть доступ к медицинскому обслуживанию. В период с 1945 по 1970 год для политики в области здравоохранения были характерны сильное влияние медиков и наличие консенсуса. Вопросы, связанные с медицинским обслуживанием, носили скорее технический, чем политический характер. Однако начиная с 1970-х годов, как и в некоторых других странах в этот период, в Дании участились противоречия по вопросам здравоохранения. Стали более заметны и различия в позициях политических партий по этим вопросам, поскольку они начали включать в свои программы описание предлагаемой ими политики в области здравоохранения. Таким образом, влияние медицинского сословия несколько ослабло. В силу реформы политической и административной системы 1970 года сократилось количество округов и муниципалитетов. Кроме того, в результате этой реформы ответственность за функционирование большей части сектора здравоохранения была передана округам, тогда как ранее она была поделена между городами, округами, центром и программами медицинского страхования. В 2007 году была проведена новая реформа местного самоуправления, в результате чего количество муниципалитетов было сокращено до 98 и создано 5 крупных административных областей, на которые была возложена ответственность за обеспечение стационарного и амбулаторного лечения населения. Законодательные акты в сфере здравоохранения главным образом устанавливают общие нормативно-правовые рамки, а все, что касается конкретной реализации, отдается на усмотрение местных и региональных органов власти. В течение долгого времени и во многих различных аспектах в официальном законодательстве обеспечению местного самоуправления отдавалось большее предпочтение, чем обеспечению равного уровня качества и предоставления медицинских услуг. Однако последняя реформа изменила эту систему: теперь одним из главных приоритетов стало поддержание единых стандартов медицинского обслуживания на всей территории страны.

В 1970-х годах внимание общественности все больше начали привлекать вопросы об увеличении государственных расходов (Vallgarda 1992). Уровень государственных расходов как доля валового национального продукта (ВНП) в период с 1960 по 1971 год – т. е. когда рост экономики был наиболее быстрым – вырос с 28 до 42%.

Обеспокоенность общества в связи с ростом государственных расходов способствовала переменам в политике в области здравоохранения: все более пристальное внимание стало уделяться первичной медико-санитарной помощи, профилактике заболеваний и укреплению здоровья. Кроме того, встал вопрос о влиянии системы здравоохранения на показатели смертности. С середины 1970-х годов вопрос о сдерживании расходов приобрел политическую значимость, и рост расходов на здравоохранение замедлился. В больницах были введены новые методы управления; одновременно с этим в медицинские учреждения пришло больше управленцев, не имеющих медицинского образования. В результате влияние врачей, которых становилось все больше, в некоторой степени ослабло. Начиная с 1980-х годов изменилась политика в отношении ухода за престарелыми и инвалидами: если раньше такой уход осуществлялся главным образом в соответствующих учреждениях, то теперь основной упор делался на систему ухода на дому. Количество медсестер, осуществляющих уход на дому, и других специалистов аналогичного профиля, значительно увеличилось, а число коек в домах для престарелых и инвалидов – уменьшилось, хотя количество пожилых жителей в Дании возросло. Затем, в связи с несколько замедлившимся ростом объема ресурсов, выделяемых на здравоохранение, возникли многочисленные дебаты по поводу системы приоритетов. Вопрос о какой бы то ни было единой национальной модели или системе приоритетов не обсуждался, но в 1990-х годах в округах были разработаны собственные системы критериев. В этот же период в секторе здравоохранения при поддержке национальных органов власти занялись оценками медицинских технологий (ОМТ) и в большей степени вопросами обеспечения качества медицинского обслуживания. Постепенно все большую политическую значимость приобретали вопросы профилактики заболеваний и укрепления здоровья, причем как на уровне центрального правительства (государственные программы 1989, 1999 и 2002 годов), так и на местах – в округах и коммунах, где начались кампании по профилактике сердечно-сосудистых заболеваний и стали специально нанимать на службу работников санитарного просвещения для работы с населением. Более подробная информация о государственной программе 2002 года в области здравоохранения содержится в разделе 6.1, посвященном общественному здравоохранению.

В 1990-х годах расходы на здравоохранение снова начали расти. Кроме того, дебаты касательно приоритетов системы здравоохранения

утихли, и основное внимание стало уделяться эффективности и качеству медицинского обслуживания. С начала 1990-х годов в больничном секторе стали вводить больше экономических стимулов. Так, в 1993 году была введена система свободного выбора пациентами лечебного учреждения, а в 1998-м было решено, что за лечение пациентов, проживающих в других округах, больницам следует возмещать их услуги по системе клинико-статистических групп (КСГ). С 1973 года больницам стали выделять ресурсы в соответствии с их бюджетами, однако в 1999 году было решено, что на услуги больниц, оплачиваемые по системе КСГ, будет выделяться только 10% ресурсов, а с 2004 года – уже 20% (Ankjaer-Jensen & Rath 2004). В административно-хозяйственном управлении больницами все более важную роль приобретали методы обеспечения качества и аккредитация. Кроме того, с введением законодательства о правах пациентов и с созданием системы обжалования были укреплены права пациентов (см. пункт 2.5.2). С середины 1990-х годов важным политическим вопросом стал срок ожидания плановой медицинской помощи. В этой связи в 2002 году установили, что максимальный срок ожидания не должен превышать два месяца, а в 2007 году этот срок был сокращен до одного месяца. Таким образом, если пациенту невозможно в течение одного месяца обеспечить лечение по месту жительства, то он имел право по своему усмотрению выбрать другую больницу, в том числе частную, а также лечение за границей.

В табл. 2.1 отражены некоторые тенденции, имевшие место в секторе здравоохранения, в том числе сокращение числа больниц и больничных коек и времени пребывания в стационаре; увеличение числа врачей и медсестер; некоторое увеличение числа госпитализаций; постепенное увеличение числа амбулаторных посещений – как амбулаторных отделений больниц, так и кабинетов врачей общей практики. В целом такая динамика свидетельствует об изменении роли больниц, которые стали заниматься в большей степени диагностикой, чем лечением.

Целью реформы 2007 года было обеспечение более строгого соблюдения принципа равенства в отношении медицинского обслуживания путем повышения роли Национального управления здравоохранения в планировании деятельности больниц. Количество региональных органов власти сократилось с 14 до 5 (по числу административных областей), и теперь они уже не имеют права собирать налоги. На муниципалитеты было возложено больше обязанностей по обеспечению реабилитационного лечения, профилактике заболеваний

Таблица 2.1. Тенденции развития сектора здравоохранения, 1936–2003 гг.

Показатель	1936	1960	1981	2003
Число больниц общего профиля	160	142	113	57
Число психиатрических больниц	–	17	16	10
Число врачей на 1000 населения	0,8	1,2	2,2	3,6
Число больничных медицинских сестер на 1000 населения	1,1	2,0	3,2	5,6
Число больничных коек на 1000 населения (в больницах общего профиля)	6,0	6,0	6,0	3,7
Число больничных коек на 1000 населения (в психиатрических больницах)	–	–	–	0,3
Число госпитализаций на 1000 населения (в больницах общего профиля)	69	114	178	218
Число амбулаторных посещений на 1000 населения (в больницах общего профиля)	–	–	656	1 025
Средняя продолжительность пребывания в стационаре, дней (в больницах общего профиля)	28	16	10	5,5
Количество консультаций врачей общей практики на 1000 населения	–	–	4 500	6 500

Источники: Ministry of the Interior and Health, 2004a; National Board of Health, 2005d; Vallgarda, 1992.

и укреплению здоровья, а также по организации ухода и лечения инвалидов и лиц с алкогольной и наркотической зависимостью. Взносы коммун в бюджеты областей производятся как в виде выплат в расчете на душу населения, так и в форме финансирования на основе результатов деятельности (последнее – в соответствии с использованием населением услуг областных учреждений здравоохранения).

2.2. Обзор организационной структуры

Определяющей чертой датской системы здравоохранения является децентрализация ответственности за оказание первичной медико-санитарной помощи и вторичной (специализированной) медицинской помощи. Но при этом между центром, областями и муниципалитетами поддерживается постоянный диалог; в стране действуют

соответствующие механизмы координации, а политический акцент на контроле затрат на здравоохранение способствует поддержанию более официального статуса сотрудничества органов здравоохранения всех трех уровней. Организационная структура системы здравоохранения изображена на рис. 2.1 и в табл. 2.2.

Центральный государственный уровень

Ответственность за подготовку законодательства и обеспечение общих руководящих принципов деятельности сектора здравоохранения возложена на Министерство здравоохранения. Каждый год Министерство здравоохранения, Министерство финансов и областные и муниципальные советы (представленные ассоциацией «Регионы Дании» и Национальной ассоциацией местных органов власти) проводят переговоры о структуре национального бюджета и об установлении целевых уровней расходов на здравоохранение. Эти целевые уровни не являются юридически обязательными. Национальное управление здравоохранения – центральный орган, созданный в 1803 году и в настоящее время относящийся к Министерству здравоохранения, отвечает за надзор за деятельностью медицинских работников и медицинских организаций, а также дает консультации по вопросам здравоохранения различным министерствам и областным и местным органам власти.

Региональный уровень

Дания поделена на пять административных областей, во главе которых стоят выборные областные советы. Выборы в областные советы проходят раз в четыре года. Областные органы власти получают финансирование от центра и от муниципалитетов. В ведении областей находятся больницы и женские консультации; кроме того, из областных бюджетов финансируется деятельность врачей общей практики, врачей-специалистов, физиотерапевтов, стоматологов, а также покупка лекарств. Возмещение расходов за услуги частнопрактикующих врачей и размеры зарплаты штатных работников здравоохранения оговариваются между ассоциацией «Регионы Дании» и соответствующими профессиональными ассоциациями. В этих обсуждениях также принимают участие Министерство здравоохранения, Министерство финансов и Национальная ассоциация местных органов власти.

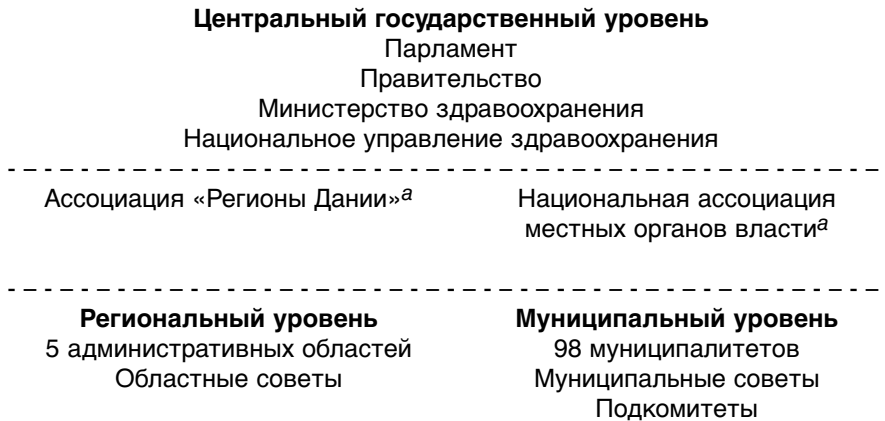
Муниципальный уровень

Во главе 98 муниципалитетов стоят муниципальные советы, которые также выбираются на срок 4 года (выборы проходят одновременно с выборами в областные советы). Муниципалитеты отвечают за организацию таких услуг, как работа домов для престарелых и инвалидов, сестринский уход на дому, работа патронажных сестер и муниципальных стоматологов, профилактика заболеваний и укрепление здоровья, а также функционирование учреждений для лиц со специальными потребностями (например, для тех, кто находится на инвалидности, для лиц с алкогольной и наркотической зависимостью, и организация медицинского обслуживания в школах). Эта деятельность финансируется за счет налогов (средства распределяются через глобальные бюджеты) и осуществляется силами штатных работников здравоохранения. Размер заработной платы и условия труда этих работников оговариваются между Национальной ассоциацией местных органов власти и соответствующими профессиональными ассоциациями.

2.3. Децентрализация и централизация

За исключением нескольких центральных государственных больниц, здравоохранение в Дании с начала XVIII века находилось в ведении городов и округов, так что децентрализация управления в этой сфере имеет давние традиции (см. раздел 2.1 «Историческая справка»). В результате реформы местного самоуправления 1970 года, когда количество округов сократилось с 24 до 14, а количество муниципалитетов, их до реформы было более 1300, – до 275, одновременно произошли и централизация, и децентрализация ответственности. Многие из задач, которыми ранее занималось государство на центральном уровне, были переданы в ведение округов; вместе с тем ответственность за обеспечение деятельности больниц перешла от правлений местных больниц к областным советам. Как ни странно, после этой реформы центр начал все больше и больше вмешиваться в управление сектором здравоохранения. Впоследствии возросло напряжение в связи с самостоятельностью округов. Реформа 2007 года поставила и перед центром, и перед муниципалитетами новые задачи и обязанности, коснувшись в определенной степени как централизации, так и децентрализации полномочий.

Рис. 2.1. Организационная структура официальной системы здравоохранения



Источники: National Association of Local Authorities, 2005; Vallgarda & Krasnik, 2007.

Примечание: ^а «Регионы Дании» и Национальная ассоциация местных органов власти не являются частью официальной политико-административной системы. Эти ассоциации предоставляют консультации для своих членов и проводят переговоры с соответствующими профессиональными ассоциациями и с центральным правительством.

В 1976 году ответственность за функционирование психиатрических больниц и за уход за инвалидами перешла от центра к округам. Это было частью работы, направленной на более тесную координацию соматического и психиатрического лечения, а в более общем смысле – на создание более мелких лечебных учреждений, которые были бы ближе к населению.

Кроме того, в округах добились более тесной координации с деятельностью муниципальных социальных служб, что постепенно привело к тому, что они стали заниматься обслуживанием специальных нужд психических больных. Процесс децентрализации психиатрической помощи продолжается и сегодня. Его цель состоит в том, чтобы обеспечить гибкость и согласованность предоставляемых услуг. Примеров децентрализации государственных функций в сфере здравоохранения очень немного. В этом смысле можно упомянуть о работе инспекторов общественного здравоохранения, которые находятся на государственной службе с начала XVIII века и работают

Таблица 2.2. Политические и административные органы и их обязанности в области здравоохранения

	Государство (центральный уровень)	Области	Муниципалитеты	Частная практика
Политические органы	Парламент и парламентский комитет по здравоохранению	5 областных советов с подкомитетами	98 муниципальных советов с подкомитетами	
Административные органы	Правительство, представленные министерствами здравоохранения, финансов, труда и социальной защиты	Администрация больниц	Администрация больниц	Органы здравоохранения и социальной защиты
	Национальное управление здравоохранения и ряд других учреждений и организаций	Администрация, занимающаяся оплатой услуг частнопрактикующих врачей		
	Министерство финансов			
	Министерство социальной защиты			
	Министерство труда			

Деятельность	Регулирование и законодательство	Больницы	Дома для престарелых и инвалидов	Врачи общей практики
	Надзор за деятельностью сектора здравоохранения и контроль рисков для здоровья населения	Женские консультации	Сестринский уход на дому	Врачи-специалисты
	Инспекторы общественного здравоохранения	Специальные учреждения для инвалидов	Патронажные сестры	Физиотерапевты
	Переговоры по годововому бюджету с ассоциацией «Регионы Дании» и Национальной ассоциацией местных органов власти	Районная психиатрия	Детские стоматологи	Стоматологи
			Аптеки	Аптеки
			Стоматологическая помощь на дому для инвалидов и душевнобольных	Хирургии
			Медицинское обслуживание в школах	Частные лечебницы
			Помощь на дому	Гигиена труда на производстве

Источник: Vallgarda & Krasnik, 2007.

на региональном уровне. Врачам общей практики сначала платили по многочисленным местным программам медицинского страхования, но постепенно происходила централизация этих программ, и в конце концов в 1973 году они перешли в ведение округов.

Одним из серьезных последствий децентрализации системы здравоохранения Дании считается неравный доступ к медицинскому обслуживанию в различных округах страны. Как оказалось, для датских политиков более важным оказалось местное самоуправление (и его потенциал в смысле инноваций), а не равный доступ населения к медицинскому обслуживанию. В результате децентрализации в разных округах страны возникли различия в таких аспектах, как срок ожидания плановой медицинской помощи, наличие соответствующих медицинских технологий, уровень специальной диагностики и лечения, в частности возможность проведения систематического обследования на предмет рака молочной железы или использования дорогих препаратов для лечения рака яичника. Одной из целей реформы 2007 года является обеспечение единых стандартов медицинского обслуживания на всей территории страны путем укрепления полномочий государственных органов в вопросах планирования и управления качеством.

2.4. Охват населения медицинским обслуживанием

В Дании действует децентрализованная, финансируемая за счет налогов система здравоохранения, обеспечивающая всеобщий охват населения страны медицинским обслуживанием. Но для того, чтобы иметь право на бесплатное медицинское обслуживание, человек должен быть зарегистрирован как резидент, проживающий в стране более шести недель. Все те, кто имеет право на доступ к финансируемой за счет налогов системе здравоохранения, получают специальную медицинскую карточку. Право на медицинское обслуживание регулируется законом. Лица старше 16 лет, имеющие право доступа к финансируемой за счет налогов системе здравоохранения, могут выбрать одну из двух программ медицинского обслуживания: «Группу 1» или «Группу 2» (см. пункт 2.5.2). От того, какую группу обслуживания выберет пациент, будут зависеть его права на получение многих видов медицинских услуг (см. раздел 2.5). Детей моложе 16 лет автоматически относят к той же программе медицинского обслуживания, которую выбрали их родители. Довольно большая доля

населения Дании имеет также дополнительные полисы добровольного медицинского страхования (ДМС) (см. пункт 4.1.1).

К туристам, иностранцам, легальным иммигрантам, лицам, ищущим убежища, а также нелегальным иммигрантам применяются особые правила в отношении доступа к медицинскому обслуживанию. Для туристов и иностранцев, временно находящихся в Дании, действует система платного медицинского обслуживания; за оказанные им услуги врачей они обязаны платить сами. Чтобы получить возмещение расходов по оплате этих услуг, необходимо в момент обращения за медицинской помощью предъявить Европейскую карту медицинского страхования или полис частного медицинского страхования (Ministry of the Interior and Health 2004d). Легальные иммигранты имеют такие же права в отношении медицинского обслуживания, что и граждане Дании. Лица, ищущие убежища, не считаются резидентами и не имеют таких прав, как резиденты; они могут получить первичную и неотложную медицинскую помощь, однако в случае заболеваний, опасных для жизни, или при тяжелых заболеваниях длительного течения им придется обращаться по поводу получения специального лечения, которое будет финансироваться Датской иммиграционной службой. Нелегальные иммигранты имеют право только на лечение острых состояний, и стоимость их лечения не финансируется за счет налогов (см. раздел 6.14 «Медицинское обслуживание особых групп населения»).

2.5. Права, льготы и правовой статус пациентов

2.5.1. Права и льготы

Для всех жителей Дании медицинское обслуживание у врачей общей практики, офтальмологов, ЛОР-врачей, а также в отделениях неотложной помощи является бесплатным. При наличии направления от врача общей практики пациент получает услуги врачей-специалистов и лечение в стационаре бесплатно в момент потребления этих услуг. Бесплатный доступ к медицинскому обслуживанию включает также перевозку санитарным транспортом и паллиативный уход. В Дании решение о необходимом лечении принимается на основании данных медицинского обследования, и такого понятия, как минимальный пакет медицинских услуг, не существует. В свое время предпринимались попытки составить список приоритетов,

но какой-либо четкой системы разработано не было. Парламент и отдельные лечебные учреждения вынесли решение о формальных ограничениях доступа, которые касаются только нескольких видов лечения (например, бесплодия). Право на некоторые виды вакцинации, диспансеризацию детей, наблюдение беременных женщин, посещение медицинскими работниками лиц пожилого возраста также регулируется законом.

За пребывание в домах для престарелых и инвалидов, услуги стоматологов, физиотерапевтов, лекарства и т. п. предусмотрены соплатежи. Проверку зрения и очки оплачивают сами пациенты, но проверка слуха и слуховые аппараты бесплатны. Малообеспеченные граждане, если им приходится оплачивать какие-то медицинские услуги, могут получить компенсацию этой оплаты по системе социального обеспечения. Все большее число датчан сейчас покупают частную медицинскую страховку, чтобы покрыть таким образом необходимые соплатежи за медицинское обслуживание, получить доступ к лечению в частных больницах и клиниках, а также получить дополнительные финансовые гарантии на случай болезни. Многие работодатели предлагают своим служащим частную медицинскую страховку, благодаря чему общий объем частного страхования в стране растет (см. пункт 4.1.4 «Добровольное медицинское страхование»). Стоимость лечения, не разрешенного Национальным управлением здравоохранения, не подлежит возмещению со стороны системы государственного здравоохранения и большинства частных страховых компаний.

Оплата по больничному листу в течение первых двух недель является обязанностью работодателя, а по истечении этого срока – обязанностью муниципалитета. Многие наемные служащие заключают с работодателем коллективное соглашение, согласно которому они получают право на сохранение своей зарплаты в течение более длительного срока, хотя оплата по больничному листу со стороны муниципалитета обычно прекращается через 54 недели. Соглашение с работодателем о праве на сохранение зарплаты в случае болезни в течение длительного срока более распространено среди штатных служащих на твердом окладе, чем среди временных работников.

Беременные женщины имеют право на получение от муниципалитета пособия по беременности и родам в течение 4 недель до рождения ребенка и 14 недель после рождения. В последующие 32 недели пособие может быть поделено между отцом и матерью ребенка. Многие работники заключают с работодателем соглашение об оплачиваемом декретном отпуске сроком 26 недель и более.

Родственники хронически или неизлечимо больных пациентов имеют право на сохранение зарплаты или получение компенсации от коммуны. В случае инвалидности или частичной потери трудоспособности предоставляется дополнительная государственная пенсия по инвалидности. Пенсия может быть временной или постоянной и софинансируется государством и муниципалитетами.

Страховые общества и пенсионные фонды часто предоставляют своим членам дополнительные пособия по инвалидности и в случае серьезных заболеваний в острой форме. Для заключения договора медицинского страхования или вступления в пенсионный фонд часто требуется пройти медицинский осмотр, причем в заключении договора страхования или в членстве в пенсионном фонде может быть отказано. Страховым компаниям не разрешается требовать или проводить прогностическое генетическое тестирование. Однако они имеют право выяснить, страдал ли кто-либо в семье страхуемого лица какими-либо серьезными заболеваниями, в том числе наследственными. Страховые компании не имеют права требовать прохождения тестирования на ВИЧ-инфекцию, но если человек знает свой ВИЧ-статус, он обязан сообщить о нем страховой компании.

В настоящее время в Дании не планируется каких-либо изменений в отношении системы прав или охвата населения медицинским обслуживанием, финансируемым из государственных фондов. Решения, касающиеся прав на получение медицинского обслуживания, льгот и пособий, принимаются правительством, а всем, что касается практической реализации, занимаются учреждения здравоохранения и отдельные медицинские работники на местах. Роль ОМТ и иных форм доказательств, лежащих в основе этих решений, органами власти не регулируется. В сфере здравоохранения в основе принятия решения о предоставлении того или иного вида лечения лежат данные медицинского обследования. При наличии частной медицинской страховки решение о страховом покрытии принимается на основании договора страхования, заключенного между страховой компанией и владельцем полиса.

2.5.2. Права пациента на получение услуг здравоохранения

Правовой статус пациентов

В 1998 году правительством Дании был принят закон о правовом статусе пациентов, в котором были полностью прописаны юридические

нормы, регулирующие всеобщие фундаментальные принципы в отношении прав отдельного пациента (Legal Information 1998). Целью этого закона является обеспечение уважения человеческого достоинства пациента, его неприкосновенности и права на самоопределение, а также поддержка доверительных отношений между пациентом, системой здравоохранения и медицинским персоналом. В этом законе также содержатся правила о получении согласия и рекомендациях, об истории болезни пациента и соблюдении врачебной тайны, а также о доступе к медицинской информации (Vallgarda & Krasnik 2004).

Право выбора пациента

С 1973 года жители Дании в возрасте старше 16 лет получили возможность выбирать одну из двух программ медицинского обслуживания, известных под названиями «Группа 1» и «Группа 2». По умолчанию гражданам предоставляется программа «Группа 1», и в 2004 году этой программой было охвачено примерно 99% населения Дании (Association of County Councils 2005). Те, кто обслуживается по программе «Группа 1», по своему усмотрению выбирают врача общей практики, который работает в радиусе 10 км от их места жительства (для Копенгагена – в радиусе 5 км), и прикрепляются к нему; если пациент не прикреплен, то ему необходимо получить письменное согласие врача общей практики о его готовности оказывать данному пациенту помощь на дому в дневное время суток. Участники программы «Группа 1» имеют право на бесплатный доступ к медицинскому обслуживанию, связанному с общей профилактикой заболеваний, диагностикой и лечением. Пациенты могут обращаться в отделения неотложной помощи больниц, к стоматологам, хиропрактикам, ЛОР-врачам и офтальмологам без направления от врача общей практики, но для консультаций у других врачей-специалистов, у физиотерапевтов, а также для лечения в стационаре необходимо получить направление от своего врача общей практики. Консультация у врача общей практики или врача-специалиста бесплатна, а услуги стоматолога, лечение заболеваний стоп, консультации психолога, услуги хиропрактика и физиотерапевта субсидируются. Пациенты, желающие получить консультации других врачей-специалистов, кроме ЛОР-врача и офтальмолога, и не имеющие направления от врача общей практики, обязаны оплатить эти услуги в полном объеме. Участники программы «Группа 1» имеют возможность через шесть месяцев поменять своего врача общей практики, обратившись по этому вопросу в местные органы власти.

Участники программы «Группа 2» имеют право по собственному выбору обращаться к любому врачу общей практики или любому врачу-специалисту без направления. Областной бюджет субсидирует таким пациентам расходы в объеме, не превышающем стоимости аналогичного лечения для пациентов из «Группы 1». Те же правила действуют и в отношении лечения у специалистов по заболеваниям стоп, психологов, стоматологов, хиропрактиков и физиотерапевтов. Лечение в стационаре бесплатное. Эту программу выбирает лишь незначительная часть населения (примерно 1%) – столь невысокий процент, вероятно, объясняется тем, что в целом уровень удовлетворенности пациентов системой направлений довольно высок. Изменить программу медицинского обслуживания можно, если пациент обслуживался по программе «Группа 1» или «Группа 2» в течение 12 месяцев (Association of County Councils 2005).

Большинство больниц в Дании общего профиля. Специализированных больниц, за исключением психиатрических, очень мало. Законодательная реформа 1993 года дала пациентам право свободного выбора любого медицинского учреждения одинакового уровня специализации. Это отвечает фундаментальному принципу системы здравоохранения, в соответствии с которым уровень специализации медицинского обслуживания должен максимально соответствовать характеру заболевания (иными словами, пациентам с менее специализированными диагнозами не должны выдаваться направления на лечение в учреждениях более высокого уровня специализации). Эта законодательная реформа была одним из ключевых шагов к тому, чтобы дать пациентам возможность в большей степени влиять на предоставляемые им уход и лечение. Но, как показывают результаты одного национального исследования, посвященного изучению последствий этой реформы, пациенты предпочитают лечиться поближе к месту жительства, а это, вообще говоря, противоречит самому посылу данной реформы (Birk & Henriksen 2003).

В 2002 году были приняты новые законодательные меры, касающиеся максимального срока ожидания плановой медицинской помощи. Пациенты, которым в течение двух месяцев с даты получения направления не было предложено лечение в одной из государственных больниц, получили право по своему усмотрению выбирать для лечения частные больницы или клиники в любой части страны или за границей. В 2007 году условия этой гарантии были изменены: с 1 октября максимальный срок ожидания плановой медицинской помощи был ограничен одним месяцем. Расходы по лечению

в негосударственных медицинских учреждениях оплачиваются из областного бюджета по месту жительства пациента. Необходимым условием того, чтобы пациент смог реализовать полученную возможность расширенного выбора, у выбранного им негосударственного медицинского учреждения должно быть заключено соглашение с соответствующей областной администрацией (Association of County Councils 2005). Для онкологических или некоторых других заболеваний (например, для ишемической болезни сердца) установлены максимальные сроки ожидания определенных процедур, и если больница не в состоянии предоставить пациенту необходимое ему лечение в установленный срок, то она обязана найти и предложить пациенту другую больницу в стране или за границей. Если больница не может этого сделать, то дело пациента передается в Национальное управление здравоохранения, которое должно помочь найти альтернативные варианты в соответствии с установленным сроком ожидания. Однако реализовать этот подход на практике удавалось далеко не всегда, что вызывало бурную критику со стороны общества и государства, в результате чего в ноябре 2006 года директору Национального управления здравоохранения пришлось уйти со своего поста.

С 2003 года лечащие врачи, независимо от места своей работы, могут напрямую выписывать направления на высокоспециализированные медицинские услуги. По новому законодательству пациент должен быть направлен на высокоспециализированное лечение по объективным медицинским показаниям, т. е. если ему проведено квалифицированное обследование, результаты которого свидетельствуют о том, что данный пациент нуждается в таком лечении. До вступления в силу этого законодательства порядок был таким: прежде чем направить пациента на высокоспециализированное лечение, округ должен был предоставить экономические гарантии, включая повторное освидетельствование пациента в собственной больнице округа. Теперь же высокоспециализированное медицинское обслуживание предоставляется только пациентам со строго определенными потребностями в таком лечении.

Информация, предоставляемая пациентам

Выбирая врача общей практики, пациент может получить только сведения о его возрасте и поле. Никакой другой информации о врачах пациентам не предоставляется.

У пациента, нуждающегося в стационарном лечении, мало возможностей получить сведения о той или иной больнице (например, списки ожидающих очереди на какие-либо виды медицинского обслуживания – так называемые листы ожидания). Когда пациент получает направление на госпитализацию, больница обязана направить ему письменное уведомление, в котором должно быть указано, какие обследования и какое лечение должен пройти пациент и имеет ли больница возможность предоставить пациенту эти услуги в течение одного месяца. Если срок ожидания превышает месяц, то больница сообщает пациенту о возможности выбрать другую больницу, в том числе частную или расположенную за границей. Кроме того, пациенты могут получить информацию и совет в отношении выбора лечебного учреждения и срока ожидания у своего врача общей практики и в справочных службах для пациентов, они есть в каждой области. Чтобы предоставить пациентам более широкий доступ к информации, Национальное управление здравоохранения, ассоциация «Регионы Дании» и Министерство здравоохранения создали ряд специализированных интернет-сайтов. На этих сайтах содержится информация о государственных и частных больницах, специалистах и клиниках, а также о некоторых больницах за границей, у которых заключены необходимые соглашения с областными администрациями. Как правило, такая информация включает сведения о сроках ожидания обследования, лечения и долечивания в различных больницах (в неделях) и количестве операций, проводимых в конкретных больницах (Ministry of the Interior and Health 2007). Сведения о качестве медицинского обслуживания в различных больницах с ноября 2006 года публикуются на странице сайта Министерства здравоохранения. Эта информация включает рейтинг больницы (1–5 звездочек), он выставляется на основании степени удовлетворенности пациентов, а также норм гигиены, безопасности и т. п. Однако такая система оценки подвергается критике в связи со своей ограниченностью, неясными характеристиками отдельных элементов, а также потому, что по этой системе больница оценивается только как единое учреждение, а не по отделениям.

В целях укрепления прав пациентов в системе здравоохранения был выдвинут ряд инициатив. Национальное управление здравоохранения несет ответственность за обеспечение человеческого достоинства пациентов, их неприкосновенности и права на самоопределение (National Board of Health 2005a). В 1992 году вступил в

силу закон о правах пациентов, в соответствии с которым врачи обязаны информировать пациентов об их состоянии, вариантах лечения, а также о риске возможных осложнений. Кроме того, этот закон запрещает врачам начинать или возобновлять какое бы то ни было лечение против воли пациента (за исключением случаев, когда они обязаны это сделать по закону). У пациента также есть право не получать информацию. В 1998 году этот закон был расширен: в нем регламентировались общие принципы, касающиеся права отдельного пациента на самоопределение и общественной безопасности в отношении системы здравоохранения, медицинских обследований, лечения и ухода. В этом законе рассматриваются такие вопросы, как права пациента на регулярное получение информации, которая должна предоставляться в соответствии с его возрастом и заболеванием (заболеваниями) и данными обследований и лечения. Кроме того, эти правила определяют также право врача делиться данной информацией с третьими лицами, предоставлять пациентам право доступа к документам, вести историю болезни и соблюдать полную врачебную тайну (Legal Information 2005a).

Процедуры обжалования

В Дании организована система обжалования профессионального поведения работников системы здравоохранения: Совет по разбору жалоб пациентов – государственный орган, который рассматривает жалобы пациентов в связи с профессиональным поведением медицинских работников и представляет особо серьезные случаи на рассмотрение государственного обвинителя с целью последующей передачи таких дел в суд. Совет по разбору жалоб пациентов занимается жалобами, связанными с лечением и уходом, предоставлением информации и запросами о согласии, составлением медицинских справок, ведением историй болезни, решениями о праве доступа к документам и нарушениями правил профессиональной тайны. Совет по разбору жалоб рассматривает также сообщения о профессиональной деятельности таких органов, как Национальное управление здравоохранения и Датское агентство по лекарственным средствам. И наконец, этот совет занимается рассмотрением жалоб, связанных с решениями, принятыми ранее местным советом по разбору жалоб душевнобольных пациентов, которые не связаны с их недовольством в связи с потерей свободы (Patients' Complaints Board 2005).

Принимая решения по жалобам на поведение отдельных медицинских работников, Совет по разбору жалоб пациентов оценивает, насколько действия данного работника соответствовали общепринятым профессиональным нормам. В 2003 году Совет по разбору жалоб пациентов получил 2850 жалоб. Для сравнения, в 2002 году их было 2949, а в 2001 году – 2721. С учетом общего количества обращений пациентов в систему здравоохранения, эти цифры относительно невелики. Считая округленно, в год из больниц выписывается примерно 1,1 млн пациентов, более 4 млн пациентов лечится амбулаторно, а количество обращений пациентов в государственные медицинские учреждения превышает 34 млн. Довольно большая доля жалоб касается поведения врачей: в 2003 году таких жалоб было 85%. В 2003 году Совет по разбору жалоб рассмотрел 2219 дел, из которых каждое четвертое закончилось вынесением критических замечаний в адрес одного или более работников здравоохранения. Десять жалоб были переданы в прокуратуру с просьбой о возбуждении уголовного дела (Patients' Complaints Board 2003).

Безопасность пациентов и компенсации за причинение вреда здоровью

В июне 2003 года был принят Закон о безопасности пациентов, вступивший в силу в январе 2004 года. Введение этого закона преследовало цель содействия безопасности пациентов путем установления системы отчетности о нежелательных явлениях (осложнениях). Сначала эта система касалась всего трех категорий случаев: (1) серьезные случаи, (2) хирургические и инвазивные операции и (3) использование медикаментов (Danish Society for Patient Safety 2007). Но потом в нее были внесены соответствующие изменения, и теперь уже следует сообщать обо всех нежелательных явлениях. Это сопряжено с довольно большим объемом работы, и пока что в этой сфере много трудностей, которые предстоит преодолеть.

Пациенты могут получить компенсацию за причинение вреда здоровью в связи с лечением в государственных больницах. Такую компенсацию можно получить по Системе страхования пациентов, учрежденной в 1992 году. Эта страховка предусматривает компенсацию пациентам или их родственникам, а также испытываемым и донорам в случае причинения вреда соматическому или психическому здоровью в связи с лечением в учреждениях системы здравоохранения.

В 1995 году объем покрытия по этой страховке был расширен: в нее был также включен вред, причиненный в связи с проведением биомедицинских экспериментов в секторе первичной медико-санитарной помощи. В 1999 году эта страховка была снова расширена, теперь она включала уже лечение во всех государственных и частных больницах (но не в частных коммерческих лечебных учреждениях), а также у специалистов и в некоторых больницах за границей, услугами которых области пользуются в соответствии с Законом о здравоохранении 2005 года (Legal Information 2005a).

Система страхования пациентов основана на следующих принципах:

- право пациента на получение компенсации не зависит от того, понесет ли врач или другой работник здравоохранения личную ответственность за причиненный этому пациенту вред;
- компенсация предоставляется по системе обязательного страхования, которое финансируется владельцами больницы;
- размер компенсации регулируется Законом об обжаловании действий работников системы здравоохранения и о получении компенсации (Legal Information 2005b).

К другим системам получения компенсации относятся страховые полисы Общества стоматологов Дании и страховые полисы Общества хиропрактиков Дании.

Совет по неблагоприятным побочным реакциям на лекарства дает общие указания Датскому агентству по лекарственным средствам и предлагает ему соответствующие рекомендации и решения по усовершенствованию методов профилактики и мониторингу неблагоприятных побочных реакций. Главной задачей совета является проведение мониторинга и оценки сообщений об имевших место побочных реакциях на лекарства. Кроме того, совет предлагает свои рекомендации и ставит перед Датским агентством по лекарственным средствам задачи в области обмена и распространения информации о неблагоприятных побочных реакциях среди потребителей, пациентов и медицинских работников. Наиболее важным источником информации о неблагоприятных побочных реакциях на лекарства стали спонтанные сообщения о таких реакциях. Датское агентство по лекарственным средствам рекомендует всем пациентам, у которых имели место не упомянутые в инструкции к препарату неблагоприятные

побочные реакции на него, обязательно обратиться по этому вопросу к своим врачам общей практики. Врачи общей практики обязаны сообщать обо всех предположительно серьезных или неожиданных неблагоприятных побочных реакциях на лекарства и другую медицинскую продукцию в Датское агентство по лекарственным средствам. Кроме того, врачи общей практики обязаны сообщать обо всех известных им незначительных неблагоприятных побочных реакциях, которые происходят в течение первых двух лет обращения соответствующей медицинской продукции на рынке. У пациентов и их родственников также есть возможность сообщить о неблагоприятных побочных реакциях непосредственно в Датское агентство по лекарственным средствам.

В Дании установлены строгие законодательные нормы, касающиеся нацеленной непосредственно на потребителя рекламы лекарств, отпускаемых по рецепту. В заявлении от 2003 года, в числе других многочисленных ограничений в этой связи, было подчеркнуто, что: (1) реклама лекарственных средств не должна создавать у потребителя впечатление, что для приема этих лекарств ему необязательно консультироваться с врачом общей практики, что это лекарство не имеет побочных эффектов, что этот препарат лучше других лекарств, что это лекарство рекомендовано учеными, что оно предназначено главным образом или только для детей; (2) в рекламе нельзя ссылаться на результаты каких-либо исследований; (3) в рекламе нельзя указывать, что здоровье человека зависит от того, будет ли он принимать это лекарство. Данные ограничения на рекламу не касаются рекламы кампаний вакцинации, которые одобрены Датским агентством по лекарственным средствам (Danish Medicines Agency 2005b).

Вовлеченность пациентов в деятельность системы здравоохранения

В Дании участие пациентов в деятельности системы здравоохранения происходит в трех формах: (1) путем создания национальных, региональных или местных ассоциаций пациентов, (2) путем организации консультационных служб для пациентов и (3) косвенно, с помощью обратной связи, получаемой в ходе национальных опросов.

В стране существует несколько ассоциаций пациентов по группам заболеваний, например ассоциации сердечников, онкологических

больных, больных артритом, диабетиков, больных склерозом и т. п. С середины 1990-х годов многие из этих ассоциаций взяли на себя в качестве одной из своих важнейших функций деятельность по защите прав и интересов пациентов. Ассоциации пациентов ведут очень активную работу и могут влиять на исход публичных дебатов. В Дании существует около 200 действующих ассоциаций пациентов. Они выступают от имени пациентов в СМИ, стремятся сделать так, чтобы их услышали политические деятели и органы власти; они нередко принимают участие в обсуждениях различных вопросов, касающихся здравоохранения, стараясь, чтобы при решении этих вопросов учитывалось мнение пациентов. Кроме того, они предоставляют необходимую информацию, помощь и поддержку пациентам, а также поддерживают диалог с соответствующими органами власти на всех уровнях. Крупнейшие, хорошо известные и наиболее хорошо финансируемые ассоциации пациентов активно и успешно участвуют в формировании политики в области здравоохранения и проведении ее в жизнь. Зачастую это достигается путем создания коалиций с врачами или с другими ассоциациями пациентов. Ассоциации пациентов, работающие только на низовом уровне и действующие независимо от представителей сектора здравоохранения, обычно гораздо менее многочисленны и в них работают только бесплатные добровольные помощники (волонтеры). Поэтому им гораздо труднее выходить на различные структуры, принимающие решения на национальном, региональном и муниципальном уровнях и оказывать какое-либо серьезное влияние в этой связи. Более крупные ассоциации поддерживаются более многочисленным составом их членов и располагают определенным бюджетом, что позволяет им нанимать профессиональных сотрудников. Такие ассоциации обычно приглашаются на парламентские слушания, имеющие отношение к тем проблемам, которыми они занимаются, а в случае с более мелкими организациями пациентов это бывает гораздо реже.

В каждой области действует система консультационной службы для пациентов. Главной задачей этой службы является предоставление пациентам сведений о поставщиках медицинских услуг и возможностях лечения, о том, как подать жалобу или получить компенсацию, какова ситуация с листами ожидания и т. п. Консультационные службы помогают также урегулировать всевозможные недоразумения и разногласия, которые во многих случаях могли бы привести к подаче жалобы. В основном в роли консультантов выступают медицинские сестры. Они занимаются решением

проблем, организуя диалог между пациентами, их родственниками и персоналом медицинских учреждений. Консультанты обязаны сохранять объективность и беспристрастность (Association of County Councils 2005).

Министерство финансов Дании провело в 2000 году опрос населения о работе государственного сектора, в котором в том числе исследовался вопрос об удовлетворенности населения работой сектора здравоохранения. В целом можно сказать, что граждане Дании весьма удовлетворены работой врачей общей практики (4,2 по пятибалльной шкале, где «1» означало «очень плохо», а «5» – «очень хорошо»), а вот работой сектора неотложной медицинской помощи они удовлетворены в меньшей степени (3,5 по пятибалльной шкале) (Ministry of Finance 2001). Такое исследование проводится раз в два года. Результаты исследования 2004 года показывают, что 90% пациентов удовлетворены своим пребыванием в стационаре, 93% довольны работой врачей и 95% – работой медицинского персонала. По сравнению с данными за 2000 и 2002 годы, эти результаты оказались несколько выше. Пациенты сообщают, что в значительной степени доверяют профессионализму врачей и медицинского персонала, отмечают хороший уровень контакта между пациентом и медицинскими работниками; кроме того, есть основания полагать, что, по сравнению с данными предыдущих исследований, диалог между больницами и врачами общей практики стал более конструктивным. Есть и другие данные, подтверждающие наличие еще более значительных позитивных сдвигов. За период с 2000 по 2004 год существенно повысилась оценка пациентов содержания письменных материалов: так, в 2004 году из всех пациентов, получивших такие материалы, 96% оценили их содержание как «очень хорошее» или «хорошее», в то время как в 2000 году этот показатель составлял только 87%. Более того, по сравнению с 2000 и 2002 годами, в 2004 году пациенты позитивнее высказывались в отношении срока ожидания плановой медицинской помощи (которое продлевало пребывание в стационаре) между получением направления и госпитализацией и во время госпитализации. Пациенты все больше склонны полагать, что их врачи общей практики «очень хорошо» или «хорошо» информированы больницами об их госпитализации. По сравнению с 2000 годом в 2004 году этот показатель увеличился на 6,7% – с 71 до 77,7%. Если говорить точнее, то единственное статистически значимое снижение показателя (с 60,2 до 58,0% между 2000 и 2004 годами.

Обзор системы здравоохранения

(The Counties, Copenhagen Hospital Co-operation (H:S) & Ministry of the Interior and Health 2005) было выявлено только в ответах на вопрос о том, было ли сказано пациентам, к кому им следует обращаться с вопросами во время пребывания в стационаре.

3. Планирование, регулирование и управление

Разработка политики в области здравоохранения производится на национальном, региональном и местном уровнях. В результате реформы 2007 года более важная роль в этом вопросе была отведена центральному государственному уровню. Усилилось влияние Национального совета здравоохранения на планирование работы больниц; это было сделано для того, чтобы обеспечить более строгое соблюдение принципа равенства в возможности получения услуг по лечению на всей территории страны. Реализация политики и предоставление медицинских услуг по-прежнему производится на региональном и местном уровнях.

Национальный совет здравоохранения выполняет консультативную функцию по отношению к органам управления здравоохранением всех уровней и осуществляет надзор за деятельностью всех лицензированных работников и учреждений здравоохранения, за исключением специалистов по дополнительной и альтернативной медицине (ДАМ). Парламент и правительство, за редкими исключениями, занимаются формированием общей политики сектора здравоохранения и принимают решения, касающиеся его организационной структуры, механизмов финансирования деятельности и ответственности.

Большинство медицинских учреждений, больниц, домов для престарелых и инвалидов и школьных поликлиник принадлежат областям или муниципалитетам. Врачи общей практики, врачи-специалисты, стоматологи и физиотерапевты считаются лицами свободной профессии и получают оплату за свои услуги из областных бюджетов.

тов, формируемых на основе налоговых поступлений. Аптеки находятся в частной собственности владельцев, но их деятельность строго регулируется, и покупка лекарств субсидируется из областных бюджетов.

3.1. Регулирование

Какого-либо общенационального плана развития сектора здравоохранения в Дании нет.

3.1.1. Регулирование и управление плательщиками третьей стороны

В основном финансирование сектора здравоохранения производится за счет налоговых поступлений в муниципальные и центральный бюджеты. Из центрального бюджета государство выделяет областям и муниципалитетам субсидии на нужды здравоохранения; оно не выступает в качестве покупателя услуг здравоохранения и не финансирует напрямую поставщиков этих услуг. Собранные муниципалитетами налоги составляют около 20% общих поступлений в областные бюджеты. Вычисление размеров субсидий, а также механизм перераспределения средств от более богатых муниципалитетов в пользу менее богатых осуществляются по формулам, которые составляются исходя из объемов выделяемых ресурсов и конкретных нужд муниципалитетов. Роль государства в основном ограничивается регулированием и сдерживанием расходов, а также обеспечением некоторых рекомендаций общего характера, касающихся работы сектора здравоохранения.

В настоящее время все большее число граждан приобретают в коммерческих страховых компаниях полисы частного медицинского страхования, чтобы таким образом получить возмещение оплаты таких расходов, как пользование частными клиниками. Все большее число компаний предлагает услуги частного медицинского страхования, которое обеспечивает разные виды страхового покрытия, и для рядового потребителя этот рынок, вообще говоря, не является прозрачным. Рынок частного медицинского страхования никак не регулируется.

3.1.2. Регулирование и управление деятельностью поставщиков медицинских услуг

Пять административных областей страны несут ответственность за обеспечение работы больниц, соматического и психиатрического лечения, а также за финансирование деятельности частнопрактикующих врачей (врачей общей практики, врачей-специалистов, стоматологов, физиотерапевтов, хиропрактиков и т. п.) в секторе государственного здравоохранения. Частнопрактикующие врачи относятся к samozанятому населению, но за оказанные услуги получают возмещение из областных бюджетов. Однако такая схема действует только в отношении тех врачей, у которых имеются соответствующие предварительные соглашения с областными администрациями, составленные с учетом оговоренного числа врачей в расчете на 1000 населения. Без такого соглашения работают очень небольшое число врачей. Возмещение из областных бюджетов за прием пациентов получают также несколько частных коммерческих клиник и небольших лечебниц, имеющих соответствующие контракты или оказывающих свои услуги в рамках обеспечения гарантии по максимальному сроку ожидания медицинского обслуживания. Кроме того, муниципалитеты привлекают к работе учреждения и специалистов, которые в основном занимаются медицинским обслуживанием детей и престарелых.

Что касается руководства и регулирования в секторе здравоохранения, то центральное правительство устанавливает общие принципы его деятельности и все больше занимается определением конкретных целевых показателей (правда, только в определенных рамках). На протяжении нескольких десятилетий правительство старалось контролировать создание высокоспециализированных отделений больниц и организацию отдельных видов лечения (например, проведение операций по пересадке сердца), а в последние годы правительством были установлены целевые показатели в отношении срока ожидания плановой медицинской помощи, введены программы скрининга, усовершенствования лечения раковых больных и т. п. В результате последних реформ центральные органы власти получили инструменты более эффективного управления этой деятельностью.

Министерство финансов оговаривает с муниципалитетами уровень налогообложения, устанавливая тем самым финансовую основу деятельности сектора здравоохранения. Кроме того, оно принимает участие в переговорах между профессиональными ассоциациями и союзами медицинских работников по вопросам зарплат, условий

труда, гонораров и числа практикующих врачей, работающих по соглашению с областными органами власти.

В стране действует система лицензирования медицинских работников, однако деятельность учреждений здравоохранения лицензированию не подлежит. Вместо этого Национальное управление здравоохранения осуществляет надзор за деятельностью медицинских учреждений. В Национальном управлении здравоохранения работают медицинские инспекторы, которые занимаются надзором за деятельностью работников здравоохранения на местах. Деятельность лечащих врачей (терапевтов и хирургов) подлежит лицензированию с XVII века, акушерок – с начала XVIII века, а медсестер – с 1933 года. В последние десятилетия разрешение на медицинскую деятельность получили медицинские работники таких категорий, как техники-лаборанты, физиотерапевты, оптики, производители хирургических инструментов и приборов и т. п. Национальное управление здравоохранения занимается выдачей лицензий, а в случае профессиональной некомпетентности или ненадлежащего поведения владельца лицензии имеет право ее отозвать. Системы повторного лицензирования в Дании нет.

В целях обеспечения высокого качества лечения и ухода образование врачей, специалистов, медсестер и других медицинских работников производится под контролем и надзором государства. За преддипломное обучение лечащих врачей, психологов, фармацевтов и других научных работников ответственность несет Министерство науки, технологий и инноваций. Последдипломное обучение врачей контролируется Национальным управлением здравоохранения. Ответственность за подготовку специалистов большинства других специальностей в области здравоохранения несет Министерство образования (см. раздел 5.2 «Трудовые ресурсы»).

Лицензированием лекарственных средств занимается Датское агентство по лекарственным средствам. Этот орган также осуществляет надзор за деятельностью аптек и отвечает за лицензирование медицинского оборудования в соответствии с законодательством ЕС.

За обеспечение безопасности граждан несет ответственность несколько государственных учреждений. Национальный институт радиационной гигиены при Национальном управлении здравоохранения занимается надзором за использованием рентгеновского оборудования и радиоактивных веществ. Датский институт гигиены труда следит за соблюдением техники безопасности на производстве и профилактикой производственных рисков. Датское агентство по

охране окружающей среды несет ответственность за экологическую безопасность. Наконец, Датское управление по ветеринарии и пищевым продуктам отвечает за обеспечение контроля безопасности пищевых продуктов.

В 2002 году была создана национальная модель оценки и повышения качества медицинского обслуживания – Датская программа оценки качества здравоохранения. Ее главной целью является мониторинг всей деятельности в секторе здравоохранения, финансируемой за счет государственных средств. В 2005 году она была учреждена как независимая организация. Ее основной задачей стало предоставление постоянной обратной связи отдельным медицинским учреждениям, включая обработанные данные по ключевым показателям. Эта программа также способствует проведению периодической аккредитации и публикации результатов оценок и сравнительного анализа показателей. Начиная с 1993 года в Дании публикуются национальные стратегии повышения качества.

Законом 2004 года о лицензировании медицинских работников и медицинской деятельности в целях предотвращения возможных последствий была введена обязательная отчетность о нежелательных явлениях. Эти сообщения о нежелательных явлениях не предусматривают каких-либо санкций по отношению к медицинским работникам или учреждениям.

В соответствии с законом 2004 года организации поставщиков услуг дополнительной или альтернативной медицины (ДАМ) могут, при условии соблюдения ими определенных требований, получить от Министерства внутренних дел и Министерства здравоохранения разрешение на то, чтобы члены этих организаций позиционировали себя как зарегистрированные поставщики услуг ДАМ. В остальных случаях деятельность поставщиков услуг ДАМ регулируется законом о лицензировании медицинских работников и медицинской деятельности, который не разрешает осуществлять определенные виды деятельности никому, кроме лицензированных врачей.

3.1.3. Регулирование и управление процессом покупки медицинских услуг

В больницах практически нет разделения на покупателей и поставщиков медицинских услуг. 80% своего финансирования больницы получают из бюджетов, а 20% – как оплату стоимости своих услуг по

системе клинико-статистических групп (КСГ). В ближайшие годы правительство планирует увеличить долю оплаты по системе КСГ до 50%. Таким образом, областные советы оказывают влияние на деятельность больниц через бюджетное финансирование и путем принятия политических решений, касающихся организации тех или иных видов медицинской деятельности, отделений или больниц. Частнопрактикующие врачи получают возмещение за предоставленные услуги в соответствии с родом своей деятельности, а врачи общей практики получают, кроме того, и подушевую оплату, размер которой зависит от числа прикрепленных к ним пациентов. Размеры гонораров врачей и подушевой оплаты определяются путем переговоров между профессиональными ассоциациями практикующих врачей и ассоциацией «Регионы Дании». Количество поставщиков медицинских услуг областные органы ограничивают путем заключения соответствующего соглашения, но масштаб их деятельности они ограничить не могут.

3.2. Планирование и управление медицинской информацией

Планирование – неотъемлемая часть датской системы здравоохранения. Система планирования отражает децентрализованный характер системы здравоохранения страны: планированием и предоставлением медицинских услуг занимаются областные и муниципальные органы, а центр отвечает за общую структуру системы здравоохранения.

Решения, касающиеся оказания различных видов медицинских услуг, принимаются в основном на региональном уровне, но в некоторых случаях в этом процессе принимает участие государство. Например, такие услуги, как диспансеризация детей и беременных, а также высокоспециализированные услуги определяются центром, а вопросами других услуг медицинских учреждений занимаются региональные органы. Кроме того, число врачей общей практики в каждой области определяется путем ежегодных переговоров между областными администрациями и Ассоциацией врачей общей практики Дании (PLO).

Поскольку вопросы здравоохранения во многом относятся к компетенции областей, то национальное законодательство в области здравоохранения, как правило, не оговаривает, как именно должна быть организована система здравоохранения и какие услуги она должна оказывать. Законодательство, касающееся работы системы

здравоохранения на местном уровне, более конкретно и относится главным образом к мерам профилактики – например, к порядку вакцинации и проверке состояния здоровья детей и беременных женщин.

При наличии децентрализованной структуры системы здравоохранения необходимо тщательно координировать всю деятельность, проводимую на муниципальном, региональном и центральном уровнях, чтобы обеспечить согласованность работы в долгосрочном плане и усилить меры по профилактике заболеваний и укреплению здоровья населения, а также повысить качество работы сектора здравоохранения. Необходимость согласованности работы была сформулирована в принятом в 1994 году законодательстве, в соответствии с которым округа и муниципалитеты каждые четыре года обязаны были разрабатывать совместные перспективные планы развития здравоохранения в целях обеспечения координации всех профилактических и лечебных мероприятий, проводимых в рамках сектора здравоохранения, а также, в некоторой степени, координации деятельности сектора здравоохранения и других государственных секторов – например, сектора социального обеспечения (National Board of Health 2005a). В эти планы следовало включать данные о состоянии здоровья населения, описание имеющихся медицинских услуг и характеристику и масштабы сотрудничества с муниципалитетами и другими округами. В разных округах координация работы могла обеспечиваться по-разному, но чаще всего – путем проведения всевозможных совещаний и семинаров, а также за счет деятельности совместных комитетов. Основное внимание уделялось конкретным вопросам – например, здоровью детей и престарелых, а также охране психического здоровья населения. Все планы развития здравоохранения необходимо было представлять на рассмотрение в Национальное управление здравоохранения, которое затем давало по ним свои замечания. Разработка этих планов способствовала повышению уровня информированности о внутри- и межсекторной координации, а также установлению новых связей в рамках сектора. Однако планы развития здравоохранения подвергались критике, поскольку они представляли собой исключительно административную задачу и были оторваны от практики (Seemann 2003; Strandberg-Larsen, Nielsen & Krasnik 2007). В результате проведения последней структурной реформы и перекраивания географических и административных границ внутри датской системы здравоохранения возник риск ее непреднамеренной фрагментации. Кроме того, получившаяся организационная структура системы здравоохранения требует более

тщательной координации деятельности на муниципальном и региональном уровнях, поскольку обязанности по предоставлению медицинских услуг теперь еще больше разделены, чем раньше. Считается, что фрагментации системы здравоохранения можно избежать главным образом с помощью усиления обязательств основного платежного агента по сотрудничеству в рамках обязательных соглашений об оказании медицинской помощи. После этой реформы был также пересмотрен закон о здравоохранении. Законодательно закрепили необходимость сотрудничества между муниципальными и областными органами, которое должно оформляться путем заключения обязательных региональных соглашений об оказании медицинской помощи, направленных на обеспечение необходимой согласованности между лечением, профилактикой и уходом. Эти обязательные соглашения включают положения о выписке из стационаров ослабленных и престарелых пациентов, о социальном обеспечении лиц с нарушениями психики, а также о профилактических и реабилитационных мероприятиях. Соглашения об оказании медицинской помощи привязаны к деятельности областных консультативных комитетов, в состав которых входят представители данной области, муниципалитетов, находящихся в составе этой области, а также частнопрактикующие врачи. Областные консультативные комитеты могут заниматься урегулированием споров (например, по поводу уровня предоставляемых услуг, профессиональных показаний и критериев выдачи направлений на обучение) и созданием основы для постоянного диалога по вопросам планирования. Соглашения об оказании медицинской помощи должны соответствовать устанавливаемым на общенациональном уровне требованиям, и необходимо обеспечить обществу возможность убедиться, что реализация этих соглашений соответствует таким требованиям. Следует отметить, что в целом новые соглашения об оказании медицинской помощи привели к существенным позитивным сдвигам: координация работы в системе здравоохранения значительно улучшилась. Кроме того, эти соглашения стали более конкретными, и подход к процессу оказания медицинских услуг в них рассматривался уже как постоянное обучение и приспособление к новым условиям. Однако нельзя сказать, что новая система оказалось лишенной тех же просчетов, которые были присущи прежним планам развития здравоохранения (Strandberg-Larsen, Nielsen & Krasnik 2007).

Общее хозяйственное руководство и планирование в секторе здравоохранения производятся в рамках переговорного процесса между политическими и административными органами различных

уровней. В результате переговоров по годовому бюджету страны достигается соглашение по вопросам распределения ресурсов – например, о рекомендуемом максимальном уровне муниципальных налогов, о размере государственных субсидий областям и муниципалитетам, об уровне перераспределения или финансового выравнивания между муниципалитетами, а также о размере дополнительных субсидий, выделяемых на целевые программы, которые нуждаются в дополнительных ресурсах (см. главу 4 «Финансовые ресурсы»).

Центральное правительство все больше использует переговоры по годовому национальному бюджету в качестве инструмента достижения соглашения по вопросам развития сектора здравоохранения и установления общей экономической структуры его деятельности. Правительство имеет возможность повлиять на общее направление развития сектора здравоохранения, указывая наиболее приоритетные вопросы (кардиохирургия, лечение раковых заболеваний, листы ожидания и т. п.), а также выделяя целевые субсидии для помощи областям и муниципалитетам достичь поставленных целей – например, сократить срок ожидания на плановые хирургические операции, повысить количество операций по шунтированию сердца, расширить спектр услуг психиатрической помощи. Несмотря на то что эти цели не являются юридически обязательными, практика выделения целевых фондов снижает самостоятельность местных органов по установлению приоритетов. В этой связи в регионах зачастую выражают недовольство такой практикой, утверждая, что она противоречит фундаментальному принципу децентрализации датской системы здравоохранения.

Децентрализованная структура системы здравоохранения позволяет областным администрациям оказывать влияние на процессы планирования и управления с учетом местных предпочтений. На региональном уровне есть три основных рычага влияния.

Во-первых, областные администрации совместно регулируют количество штатных работников больниц и число частнопрактикующих врачей, имеющих право на получение возмещения за свои услуги из областных бюджетов. Соглашения, которые заключаются между областными администрациями и врачами общей практики, содержат подробные правила, касающиеся числа врачей на 1000 населения. В этом смысле областные администрации имеют возможность ограничивать доступ к практикующим врачам и некоторым образом контролировать расходы на здравоохранение. Кроме того, ассоциация «Регионы Дании» действует в качестве единого органа в

переговорах по административно-хозяйственному управлению больницами, ограничивая таким образом влияние каждого отдельного областного совета. В последние годы система административно-хозяйственного управления больницами изменилась, поскольку в нее пришло больше профессиональных управленцев: экономистов, юристов и других специалистов с немедицинским университетским образованием. Это повлияло на структуру больничной иерархии и, по мнению некоторых, ослабило влияние практикующих врачей-клиницистов. В настоящее время в системе здравоохранения экономические вопросы играют все более заметную роль. Это объясняется важностью вопроса о сдерживании затрат и появлением новых специалистов в области управления.

Во-вторых, одним из основных инструментов контроля деятельности частнопрактикующих врачей являются коллективные переговоры областных администраций с профессиональными ассоциациями медицинских работников. Отдавая приоритет тому или иному виду медицинских услуг путем установления соответствующего размера оплаты за эти услуги, можно создать весьма эффективный стимул. Одним из примеров может послужить введенный недавно особый тариф за профилактические медицинские консультации.

В-третьих, имея детализированные бюджеты, областные администрации могут определять масштаб, содержание и затраты на деятельность больниц. Такие бюджеты позволяют областным администрациям конкретно указывать, какие виды лечения следует предлагать и какое оборудование необходимо закупить. Возможности областей в сфере планирования ограничены следующими факторами: (1) право выбора пациента, которое позволяет ему обратиться по поводу лечения в больницы других областей; (2) гарантии относительно срока ожидания плановой медицинской помощи, заставляющие устанавливать соответствующие приоритеты; (3) различные инициативы, вводимые на центральном уровне законодательным путем или посредством заключения соответствующих соглашений (Vrangbaek 1999).

3.2.1. Оценки медицинских технологий

В Дании оценки медицинских технологий (ОМТ) ориентированы на общественное мнение – в том смысле, что в течение многих лет в организации и проведении ОМТ, и в частности в создании

национальной стратегии ОМТ 1996 года, принимают участие различные заинтересованные группы общественности. Заявления Датских консенсусных конференций адресованы главным образом общественности и ответственным лицам в политических и административных кругах. В Дании ОМТ являются децентрализованными. Такой подход отвечает национальной стратегии организации и проведения оценок медицинских технологий, в которой четко указано, что ОМТ следует проводить на всех уровнях системы здравоохранения как систематический процесс в области планирования и оперативной политики и как процесс, лежащий в основе рутинных клинических решений, принимаемых медицинскими работниками (National Board of Health 1996).

Цель ОМТ – получение обоснованных данных для принятия решений, как на политическом уровне, так и в клинической практике, относительно использования новых технологий в здравоохранении. Решения о всеобщем использовании тех или иных технологий в системе здравоохранения должны приниматься на основании всесторонней, систематизированной и убедительно доказанной информации.

Медицинские работники всех уровней несут ответственность за выявление и привлечение внимания к тем областям, где требуется проведение ОМТ. В сферу этой ответственности входят оценки как новых, перспективных медицинских технологий, так и экспертиза уже существующих. В тех случаях, когда необходимо вмешательство на национальном уровне, проекты ОМТ должны лежать в основе планирования и оперативного принятия решений. Реализация самостоятельных национальных проектов должна производиться в сотрудничестве с научными советами, органами здравоохранения и соответствующими профессиональными организациями (Jorgensen, Hvenegaard, Kristensen 2000).

1 апреля 2001 года произошло слияние Датского института оценки медицинских технологий (ДИНТА) и Датского центра по оценке работы больниц, в результате которого был образован Датский центр экспертизы и оценки медицинских технологий (ДАСЕНТА) (National Board of Health 2005a). Датский центр экспертизы и оценки медицинских технологий функционирует как отдельный орган в структуре Национального совета здравоохранения; его работу поддерживают два совета. В состав Консультативного совета центра входят 23 его члена, которые являются представителями основных заинтересованных сторон в датской системе здравоохранения на политическом, административном и промышленном уровнях. Научный консультативный

совет состоит из 12 человек и предоставляет центру многопрофильные консультации по различным вопросам. Годовой бюджет ДИНТА в размере 25 млн датских крон – часть общего бюджета Министерства здравоохранения.

К основным целям Датского центра экспертизы и оценки медицинских технологий относятся: (1) проведение оценок медицинских технологий и экспертизы услуг общественного здравоохранения в целях повышения качества и стандартов и улучшения соотношения цены и качества; (2) интеграция принципов ОМТ в процессы планирования и работы службы общественного здравоохранения на всех уровнях; (3) реализация задач, лежащих в основе Национальной стратегии оценки медицинских технологий, сформулированной Национальным управлением здравоохранения; и (4) реализация стратегических планов в области экспертизы медицинских технологий. Датским центром экспертизы и оценки медицинских технологий разработан стратегический план, в котором описаны общее видение и методические рекомендации, касающиеся работы центра (Danish Centre for Health Technology Assessment 2005).

Датский центр экспертизы и оценки медицинских технологий сотрудничает с органами здравоохранения регионального уровня по вопросам экспертизы и анализа медицинского оборудования, фармацевтической продукции, научных исследований, методов лечения и ухода, методов реабилитации, санитарного просвещения и профилактики заболеваний. Центр инициирует и проводит ОМТ в сотрудничестве с клиническими отделениями больниц, врачами общей практики, административными работниками и научными сотрудниками сферы здравоохранения, учеными-клиницистами и представителями медицинской промышленности.

В Датском центре экспертизы и оценки медицинских технологий работает небольшой штат высококвалифицированных специалистов различного профиля: 11 экспертов – на условиях полной занятости и 8 экспертов – на условиях частичной занятости, которые в основном занимаются консультированием, административными вопросами и координацией проектов. В период с 1997 по 2003 год ДАСЕНТА (до 2001 года – ДИНТА) опубликовал 48 отчетов и результатов оценки, 21 внешний отчет, 6 кандидатских диссертаций, 3 дипломные работы, 38 научных статей и 44 работы по другим вопросам (National Board of Health 2005a). Отчеты посвящены таким темам, как использование бета-интерферона в лечении рассеянного склероза; вопросы заболеваемости, лечения и профилактики позвоночных болей;

вакцинация против гриппа лиц пожилого возраста; колоректальный рак; артрит; лечение желчнокаменной болезни. Некоторые из этих отчетов способствовали организации постоянных активных публичных дебатов, касающихся приоритетов сферы здравоохранения.

В Датской системе здравоохранения не существует какого-либо регулятивного механизма, который требовал бы обязательного использования ОМТ при принятии решений, планировании и проведении административных процедур. Но на национальном уровне в результате проведения ряда комплексных оценок медицинских технологий была создана база для принятия решений, касающихся политики в области здравоохранения. Тем не менее (в силу политических причин или в связи с приоритетами отдельных медицинских работников) результаты ОМТ зачастую в расчет не принимаются. Одной из главных проблем, связанных с ОМТ, является то, что эти оценки представляют собой сложные и затратные по времени задачи, которые с трудом укладываются в краткосрочные политические процессы, зачастую требующие быстрых решений.

3.2.2. Информационные системы

В Дании существует несколько государственных регистров, содержащих данные об использовании населением льгот системы здравоохранения, о заболеваемости и распространенности заболеваний, о причинах смерти и т. п. Эти регистры ведутся главным образом в административных целях, а информация об отдельных лицах используется для организации лечения и статистических исследований. В частности, содержащиеся в этих регистрах данные могут быть использованы для управления расходами или для планирования мероприятий в системе здравоохранения. Такие регистры и содержащиеся в них сведения очень важны при проведении эпидемиологических исследований и исследований работы служб здравоохранения.

В наиболее часто используемых регистрах категоризация данных производится в соответствии с персональным идентификационным номером человека (ПИН). Эти регистры содержат персональную информацию о людях, включая их семейное положение, образование и имущественный статус (Vallgarda & Krasnik 2007). Это дает исследователям возможность собирать и объединять данные из различных регистров по каждому отдельному человеку, чтобы проанализировать возможные статистические связи. Такое объединение данных из

разных регистров производится под строгим контролем, поскольку эти данные являются конфиденциальными.

Достоверность данных в основных регистрах обычно очень высока, тем не менее, если, например, медицинский работник должен внести в регистр коды диагноза или лечения, могут возникать определенные проблемы. Ниже перечислены основные регистры медицинской информации, существующие в Дании.

(а) Регистры, составленные на основании обращений в учреждения здравоохранения: Национальный регистр пациентов (LPR), Центральный регистр психиатрических больных, Медицинский регистр рождаемости и Регистр медицинских абортс Национального управления здравоохранения. Национальный регистр пациентов – единственный регистр, содержащий сведения обо всех госпитализациях, амбулаторном лечении и обращениях в отделения неотложной помощи во всех государственных и частных больницах страны (National Board of Health 2005a).

(б) Регистры, касающиеся конкретных заболеваний: Раковый регистр, Регистр врожденных пороков развития и Регистр искусственного оплодотворения (он содержит данные об экстракорпоральном оплодотворении [ЭКО]).

(в) Регистры, содержащие сведения о состоянии здоровья населения в целом: Регистр причин смерти и Регистр несчастных случаев на производстве.

(г) Административные регистры, имеющие отношение к сектору здравоохранения: Регистр персональных идентификационных номеров, Регистр сведений о возмещении расходов на оплату медицинских услуг и Регистр пособий по болезни. В Регистре сведений о возмещении расходов на оплату медицинских услуг содержится информация о медицинских услугах, оказанных врачами общей практики, практикующими врачами-специалистами, стоматологами, физиотерапевтами, психологами и т. п. Однако в этот регистр не включаются сведения о симптомах и диагнозах пациентов. Вся информация, содержащаяся в нем, привязана к уникальным ПИНам пациентов, что позволяет связать ее с информацией из Национального регистра пациентов и Регистра причин смерти. В этом смысле у ученых есть возможность изучить определенные проблемы в области здравоохранения применительно к конкретным группам населения (Vallgarda & Krasnik 2007).

(д) Другими важными регистрами, имеющими отношение к сектору здравоохранения, являются Демографическая база данных (DDB), Регистр сведений о профилактике заболеваний (FBR), Регистр статистических данных о госпитализациях (SBR) и База данных о населении репродуктивного возраста (FTDB). В Демографической базе данных регистрируются сведения о таких изменениях, как, например, перемена места жительства, вступление в брак, миграция. Регистр сведений о профилактике заболеваний создан в сотрудничестве со Статистическим управлением Дании, Министерством здравоохранения и Национальным управлением здравоохранения в целях привлечения внимания к состоянию здоровья населения Дании. Эта информация собирается из нескольких различных регистров: Национального регистра пациентов, Регистра причин смерти и Регистра статистики медицинского страхования, а также из Статистического управления Дании. Регистр статистических данных о госпитализациях содержит сведения о лицах, проходивших лечение в условиях соматических стационаров. К этой информации присовокуплены также данные о социально-бытовых условиях населения. Наконец, в Базе данных о населении репродуктивного возраста содержатся сведения о демографическом и социальном составе населения репродуктивного возраста (12–49 лет для женщин и 12–64 года для мужчин) (Statistics Denmark 2005). Более подробная информация об этих регистрах содержится на сайтах www.dst.dk, www.im.dk, www.sst.dk и www.regioner.dk

Чтобы провести исследования на основании информации, содержащейся в этих регистрах, необходимо получить разрешение Комитета по научной этике и Агентства по защите данных. Общие правовые рамки проведения оценок, касающихся научной этики исследовательских проектов, установлены в датском Законе о системе комитетов по научной этике и о проектах биомедицинских исследований (Legal Information 2003). В основе деятельности всех комитетов по этике и проведения оценок, касающихся научной этики биомедицинских исследований, лежит принцип обязательного согласия на предоставление информации. Мониторингом исполнения Закона о соблюдении профессиональной тайны и об обращении с персональной информацией и т. п. (Law on Health of 2005) занимается Агентство по защите данных. Задача агентства – обеспечивать использование данных в соответствии с этим законом и с правилами, установленными во исполнение этого закона. Поэтому в тех случаях, когда в каком-либо

научно-исследовательском проекте используются сведения конфиденциального характера, все данные, собираемые в связи с проведением этого проекта, следует представлять в Агентство по защите данных. Этот закон касается сбора, регистрации, систематизации, хранения, корректировки, отбора, поиска и использования данных, а также их передачи, распространения, координирования и уничтожения.

3.2.3. Научно-исследовательская работа

Дания считается страной с богатыми традициями в области медицинских исследований. Создана официальная система подготовки ученых-исследователей, а система финансирования научных исследований предполагает все более широкое использование независимых оценок качества. Вместе с тем правительство всячески способствует расширению международного партнерства и сотрудничества в области научных исследований и укреплению информационных сетей.

Научными исследованиями в Дании занимается ряд государственных организаций и учреждений. Среди них – девять университетов, занимающих ведущее место в системе научных исследований и к задачам которых относятся проведение исследований, обеспечение высшего образования, обязанности по подготовке докторантов, а также распространение научных знаний. Другим звеном этой системы являются различные государственные научно-исследовательские организации, в том числе многочисленная группа учреждений разного профиля, действующих под эгидой девяти министерств. В 2006–2007 годах количество этих организаций было резко сокращено в связи с реализацией плана правительства по слиянию учреждений такого типа с университетами. Государство финансирует 75% научных исследований в области здравоохранения. Остальные 25% финансирования поступают от частных организаций, региональных и местных государственных и международных источников, в частности от ЕС (Danish Council for Research Policy 2005). Кроме того, научные исследования проводятся также в университетских клиниках. Тем не менее с точки зрения реализации сформулированных в Барселонской декларации целей, касающихся размера общей доли национального ВВП, выделяемой на научные исследования, Дания пока что не достигла установленных целевых показателей. Ниже перечислено несколько ведущих государственных научно-исследовательских институтов, занимающихся исследованиями в области медицины и здравоохранения.

- *Датский государственный институт сывороток (SSI)*. Это научно-исследовательский институт, частично интегрированный в систему здравоохранения Дании и занимающийся профилактикой и контролем инфекционных заболеваний и врожденных нарушений (National Serum Institute 2005).
- *Национальный институт общественного здравоохранения (SIF)* вошел в состав Университета Южной Дании. Его главными задачами являются исследования состояния здоровья и заболеваемости населения Дании и функционирования системы здравоохранения, а также образование (National Institute of Public Health 2005).
- *Датский национальный центр социальных исследований* реализует проекты в области политики «государства всеобщего благосостояния», а также занимается распространением результатов этих исследований (Danish National Centre for Social Research 2005).
- *Датский НИИ служб здравоохранения (DSI)*. Независимый некоммерческий научно-исследовательский институт. В его задачи входит обеспечение органов планирования и управления здравоохранением более полной и качественной информацией. Институт занимается сбором, анализом и распространением информации, проведением научно-исследовательских проектов и консультированием по теоретическим и практическим вопросам в области здравоохранения (DSI 2005).

Помимо этих государственных научно-исследовательских институтов, регионы финансируют также деятельность нескольких менее крупных учреждений, которые проводят исследования в области здравоохранения на региональном уровне. Одним из примеров таких учреждений можно назвать Научно-исследовательский центр профилактики и здоровья в г. Глострупе.

В 2007 году в Дании насчитывалось более 27 тысяч ученых-исследователей. С середины 1990-х годов количество исследователей, в том числе докторантов, увеличилось примерно на 7 тысяч человек. Одним из наиболее важных факторов, способствующих такому росту, была реформа системы подготовки научных кадров. В Дании программа подготовки ученых-исследователей представляет собой трехлетний курс последиplomного обучения, результатом которого становится получение степени доктора философии. Формальную ответственность за подготовку научных кадров несут университеты, но такая подготовка может проводиться также в сотрудничестве с каким-либо государственным НИИ или клиникой.

По сравнению с серединой 1990-х годов количество докторантов в стране утроилось и составляет сейчас более 5 тысяч человек. Примерно треть всех университетских научных исследований проводится силами аспирантов. Реформа подготовки научных кадров стала решающим вкладом в интернационализацию и обновление датской системы научных исследований (Ministry of Science, Technology and Innovation 2005).

Единой базы данных о количестве рецензируемых статей в научных журналах пока нет. Областные советы и Национальное управление здравоохранения обратились с запросом о создании организации, которая взяла бы на себя ведение такой базы данных, но пока этот вопрос не решен. Тем не менее каждый университет и государственный НИИ ведет собственный учет своих публикаций.

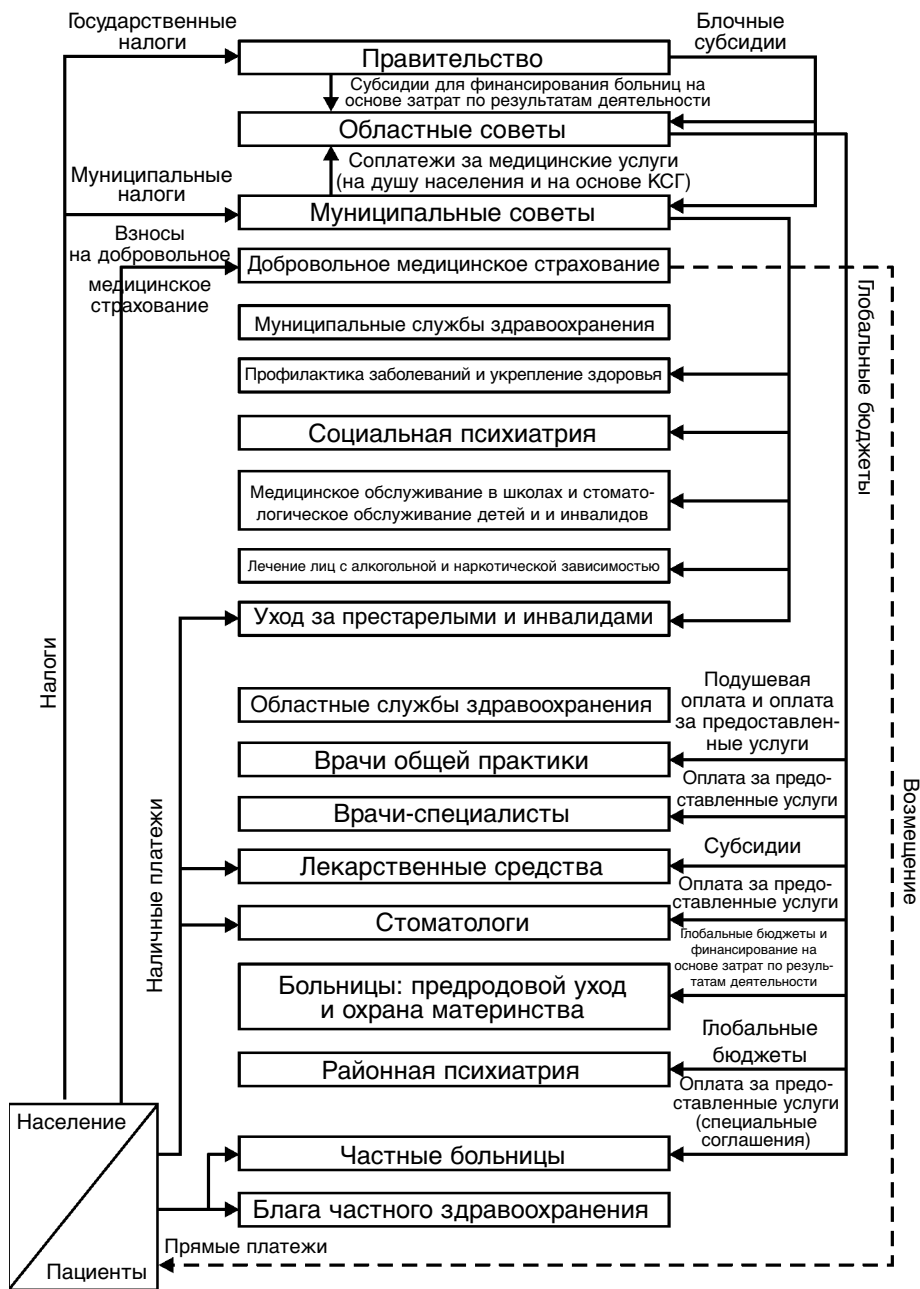
4. Финансовые ресурсы

Финансирование датской системы здравоохранения производится главным образом за счет налоговых поступлений в государственный и муниципальные бюджеты. Другими источниками финансирования являются соплатежи пациентов за некоторые виды медицинских товаров и услуг и программы добровольного медицинского страхования, которыми люди пользуются, чтобы частично покрыть эти соплатежи. На рис. 4.1 показана схема финансирования здравоохранения. Ниже перечислены наиболее важные механизмы распределения ресурсов.

- На национальном уровне: раз в год проводятся переговоры по структуре национального бюджета, в которых принимают участие Министерство здравоохранения, Министерство финансов и областные и муниципальные советы, они представлены ассоциацией «Регионы Дании» и Национальной ассоциацией местных органов власти.
- На региональном и местном уровнях: в областных и муниципальных советах проводятся переговоры по бюджету с учетом установленных на национальном уровне пороговых показателей.

В 2003 году общий объем расходов на здравоохранение на душу населения по ППС составлял 2763 долл. США, из них 83% приходилось на государственные расходы. Основная часть государственных расходов на здравоохранение приходится на оплату работы больниц. Средние темпы роста общих расходов на здравоохранение в период

Рис. 4.1. Схема финансирования здравоохранения



Источник: Схема составлена авторами отчета

с 1998 по 2003 год составили 2,8%. Общие расходы на здравоохранение как доля ВВП в период с 1995 по 2003 год росли умеренными темпами, соответствующими ежегодному приросту в среднем на 0,1%. До этого, в 1980–1995 годах, общие расходы на здравоохранение, выраженные как доля ВПП, уменьшались. В период с 1995 по 2003 год доля государства в общих расходах на здравоохранение была относительно стабильной (OECD 2006).

4.1. Мобилизация доходов

Сведения о развитии структуры государственных и частных расходов на нужды здравоохранения приведены в разделе 2.1 «Историческая справка». В настоящее время мобилизация доходов в основном производится за счет налогообложения на государственном и муниципальном уровнях. В результате реформы местного самоуправления и финансовой реформы, которые вступили в силу с 1 января 2007 года, произошел ряд важных изменений, касающихся системы распределения подоходного налога между муниципалитетами и центром. Наиболее значимое из этих изменений состоит в том, что число уровней налогообложения сократилось с трех до двух; это обусловлено тем, что существовавшие ранее 14 округов были преобразованы в 5 более крупных административных областей (регионов), которые уже не имеют права взимать налоги. С 1 января 2007 года муниципалитетам перешла часть доходов округов, но она не соответствует нынешнему размеру целевого взноса на здравоохранение в государственный бюджет, составляющий 8% дохода. Это означает, что муниципалитеты получили право увеличить свой доход от налогов на четыре процентных пункта.

Теперь доходы государственного бюджета формируются за счет следующих налогов: личный подоходный налог, налог на добавленную стоимость (НДС), который взимается по единой ставке в 25%, налоги на энергоносители, акцизные сборы, вклады в рынок труда (8% на весь личный доход), корпоративный подоходный налог и упомянутый выше целевой взнос на здравоохранение (8%). Личный подоходный налог составляет почти половину всех государственных налоговых поступлений и взимается со всех видов заработка и почти со всех форм дохода, включая прибыль от предприятий, находящихся в личной собственности. Размер личного подоходного налога рассчитывается по прогрессивной шкале, а базовая ставка

составляет 5,5%. При расчете размера налогов на заработанный доход и на доход с капитала применяются средняя и высшая ставки (6 и 15%, соответственно). В Дании установлен налоговый потолок, гарантирующий, что подоходный налог, взимаемый на государственном и муниципальном уровнях, не может превышать 59% дохода. Помимо взноса на здравоохранение, некоторые налоги также частично обусловлены заботой о здоровье населения (например, акцизы на транспортные средства, энергоносители, алкоголь и табачную продукцию). В 1990-х годах правительство ввело экологический акциз, который взимается за загрязнение окружающей среды и потребление таких дефицитных ресурсов, как вода, нефть, бензин и электричество. В 2007 году средняя ставка муниципального налога составляла 24,6%.

Муниципальные налоги на доход и недвижимое имущество пропорциональны. Каждый год центральное правительство по соглашению с Национальной ассоциацией местных органов власти устанавливает максимальные ставки муниципальных налогов. Кроме того, центральное правительство с помощью системы блочных субсидий распределяет между муниципалитетами дополнительные ресурсы, если муниципалитеты повышают уровень услуг или берут на себя выполнение задач, финансируемых за счет государственных субсидий, основанных на размере налоговых поступлений. Поскольку в разных районах страны доходы населения и потребности в государственных услугах различны, то необходимо было предусмотреть систему перераспределения и обеспечить финансовое выравнивание, с тем чтобы скомпенсировать возникающие диспропорции и добиться соответствия ставки налога выбранному муниципальным советом уровню услуг, а не размеру налогооблагаемой базы или потребностям населения в государственных услугах. Перераспределение финансовых средств между муниципалитетами производится по формуле, в которой учитываются следующие объективные критерии: возрастная структура населения, количество детей из неполных семей, количество арендуемых квартир, уровень безработицы, число лиц, имеющих только начальное образование или не имеющих никакого образования, количество иммигрантов не из стран ЕС, количество лиц, живущих в бедных районах, и доля одиноких престарелых. Аналогично размер государственных блочных субсидий для каждого региона зависит от социально-демографических критериев. С 2001 года основным элементом экономической политики Дании становится замораживание налогов.

4.1.1. Главный источник финансирования

См. раздел 4.1. «Мобилизация доходов».

4.1.2. Второй наиболее важный источник финансирования

В Дании главным источником финансирования здравоохранения являются налоги, поступающие в государственный и муниципальные бюджеты, но при обращении за медицинской помощью пациенты также производят довольно значительные наличные платежи за услуги. Частные расходы в основном покрывают стоимость лекарств, витаминов, услуг стоматологов, очков, нелегализованного или альтернативного лечения, ДМС и страхования от несчастных случаев.

4.1.3. Оплата медицинских услуг за счет пациентов

Пациенты вносят наличную оплату за часть стоимости услуг стоматологов и физиотерапевтов. Что касается стоматологической помощи, то размер возмещаемых пациенту затрат зависит от конкретной процедуры, но обычно составляет лишь малую часть общей стоимости услуг. Высокие соплатежи за стоматологические услуги вызвали в Дании некоторые противоречия, поскольку считается, что из-за этого возникает неравенство доступа к этим услугам.

Расходы на лекарства во время пребывания в стационаре возмещаются полностью, а в секторе первичной медико-санитарной помощи эти расходы частично оплачивают сами пациенты; уровень участия пациентов в оплате может быть различным. В соответствии с новой схемой возмещения расходов по оплате медицинских услуг личные годовые расходы на лекарственные препараты возмещаются по следующей схеме: все, что не превышает 520 датских крон, возмещению не подлежит; при расходах на лекарства в размере 520–1260 датских крон возмещается 50% их стоимости; при расходах в размере 1260–2950 датских крон возмещается 75% стоимости; если размер расходов превышает 2950 датских крон, то возмещается 85% стоимости лекарств (Danish Medicines Agency 2005a). Пациенты, страдающие хроническими заболеваниями, которым необходимо принимать лекарства постоянно или в больших количествах, могут обратиться с просьбой о полном возмещении всех своих расходов на

лекарства, превышающих годовой потолок в размере 3805 датских крон (Danish Medicines Agency 2005a). Специальные правила, действующие в отношении пенсионеров, были отменены, но пенсионеры, которым трудно оплачивать необходимые лекарства, могут обратиться в муниципалитет по месту жительства с просьбой о финансовой помощи. Пациенты с очень низким уровнем дохода могут получить частичное возмещение расходов, его размер решается в индивидуальном порядке в соответствии с Административным распоряжением о социальном пенсионном обеспечении (Legal Information 2007a) и Административным распоряжением о социальном обеспечении (Legal Information 2007b). Кроме того, чтобы покрыть затраты на лекарства, многие датчане приобретают полисы ДМС (см. пункт 4.1.4 «Добровольное медицинское страхование»).

В целях облегчения бремени наличных платежей за лекарства (а также бремени государственных расходов на дотации на покупку лекарств) фармацевтов обязали заменять отпускаемые по рецептам лекарства их наименее дорогостоящими (или, по крайней мере, более дешевыми) эквивалентами – дженериками. Такая замена должна производиться во всех случаях, кроме тех, когда медицинский работник, выписавший рецепт, четко указал, что замена дженериком выписанного препарата невозможна.

Какой объем средств тратится в Дании на оплату нелегализованных и альтернативных медицинских услуг и лекарств, неизвестно. По данным национального опроса, проведенного в 2000 году, услугами нелегализованных медицинских работников или альтернативной медицины в год, предшествующий опросу, пользовался 21% респондентов; наиболее часто к услугам альтернативной медицины прибегали женщины в возрасте 25–44 лет и 45–66 лет, а наиболее популярными видами услуг были зонотерапия, массаж, траволечение и акупунктура (National Institute of Public Health 2003) (см. раздел 6.12 «Дополнительная и альтернативная медицина»).

В свое время в Дании обсуждался вопрос о введении соплатежей пациентов за услуги врачей общей практики и больничное обслуживание. Такая мера рассматривалась в качестве средства сокращения объема неоправданного использования медицинских услуг, но пока она не принята из опасений, что это может ограничить возможность обращения за медицинской помощью малоимущих граждан, наиболее нуждающихся в ней. Наличные платежи за медицинские услуги вычту из налогооблагаемой базы не подлежат.

4.1.4. Добровольное медицинское страхование

В последние сто лет довольно большая доля медицинских услуг в Дании финансируется через систему ДМС (см. раздел 2.1 «Историческая справка»). В 1973 году программы медицинского страхования населения перешли в ведение округов, и с того времени большинство услуг здравоохранения финансировалось за счет налогов. Однако небольшие программы ДМС существуют и сейчас, и они покрывают те виды медицинских услуг, стоимость которых или возмещается государством только частично, или не возмещается вообще. Приобретения таких полисов ДМС становится все более популярным. В 2002 году вклад ДМС в общие расходы на здравоохранение составлял 1,6%, что было всего на 0,2% больше по сравнению с 1998 годом. Частные (наличные) расходы на медицинское обслуживание составляли в 2002 году 17% общих расходов на здравоохранение, по сравнению с 16,6% в 1998 году (ОЕСД 2004). Поскольку отказаться от государственного финансирования здравоохранения, которое производится за счет налоговых поступлений в бюджет, невозможно, то ДМС в Дании в основном используется как добавочное или дополняющее страхование, действующее наряду с официальной системой здравоохранения.

Добавочное ДМС обеспечивает дополнительное покрытие для услуг, полностью или частично исключенных из официальной государственной схемы. Например, ДМС покрывает соплатежи за медикаменты, стоматологическую помощь, физиотерапию и контактные линзы. В 1999 году полисы дополнительного ДМС приобрели примерно 28% населения, в результате чего добавочное ДМС стало наиболее популярным видом ДМС в Дании (Thomson & Mossialos 2004).

Цель добавочного ДМС – обеспечение расширенного потребительского выбора и возможности выбора между поставщиками медицинских услуг. Как правило, это означает гарантию наилучших условий во время пребывания в стационаре (но не лучшее качество медицинского обслуживания) и ускоренный доступ к тем видам лечения, на которые существует большая очередь, например если речь идет о плановых операциях. Это тип ДМС в Дании становится все более важным и главным образом обеспечивает доступ к частным больницам в Дании и за границей. Спросу на дополняющее ДМС в Дании способствует общая ситуация на рынке труда (для которой характерны сильная конкуренция в борьбе за кадры и высокий уровень личного подоходного налога) и тот факт, что компаниям выгодно приобретать для своих сотрудников полисы ДМС, поскольку эти

расходы вычитаются из налогооблагаемой базы предприятий (Mossialos & Thomson 2002). В последние несколько лет спросу на услуги дополняющего ДМС могла также способствовать критика в адрес государственной системы здравоохранения. В Дании качество медицинского обслуживания и срок ожидания плановой медицинской помощи считаются проблемными вопросами, и хотя такое мнение не всегда соответствует действительности и подкреплено доказательствами, страховым компаниям такая ситуация выгодна. Добавочному ДМС в Дании отдают предпочтение те, кто имеет работу, поскольку во многих случаях предоставление такой страховки работодателем является частью трудового договора. В целом можно сказать, что дополняющее ДМС не так значимо для детей, безработных, студентов, престарелых и тех, у кого имеются предрасполагающие или хронические заболевания. В этой связи дополняющее ДМС вносит еще большее неравенство в систему здравоохранения (которое в остальных случаях в Дании неприемлемо) и стимулирует спрос на услуги частной медицины, традиционно довольно ограниченный (Mossialos & Thomson 2002).

На рынке ДМС доминирует Медицинское страховое общество «denmark» – некоммерческая компания взаимного страхования, ее услугами охвачено примерно 29% всего населения страны, и в 2004 году ей принадлежало 99% рынка ДМС (Health Insurance «denmark» 2007). Медицинское страховое общество «denmark» предлагает полисы личного медицинского страхования, однако страховые премии не подлежат вычету из налогооблагаемой базы. Роль Медицинского страхового общества «denmark» состоит в основном в том, чтобы обеспечивать покрытие соплатежей за медицинские услуги и, в некоторых случаях, оплату за медицинское обслуживание, расходы на которое не подлежат возмещению в государственной системе здравоохранения. Предлагаются четыре различных вида страхового покрытия (Health Insurance «denmark» 2007). Первый тип – «Группа 1» – обеспечивает покрытие расходов, связанных с лечением в частных медицинских учреждениях, приобретением лекарств, страхованием на случай болезни, услугами хиропрактиков, специалистов по заболеваниям стоп, физиотерапевтов, стоматологов, офтальмологов, приобретением очков и контактных линз, похоронами и пребыванием в санаториях. В 2004 году страховым покрытием «Группа 1» было охвачено примерно 7,1% всего населения Дании. Второй вид покрытия – «Группа 2» – предназначен для тех, кто предпочитает заплатить несколько больше, но иметь возможность более широкого

выбора врачей общей практики и врачей-специалистов. Владельцем полисов «Группа 2» в дополнение к тому, что обеспечивает покрытие «Группы 1», возмещаются также расходы, связанные с услугами врачей общей практики и врачей-специалистов. В 2004 году этой программой пользовались только 0,8% населения страны. Третий вид страхового покрытия называется «Группа 5». Он обеспечивает покрытие расходов, связанных с покупкой медикаментов, стоматологических услуг, очков и контактных линз. Этот вид страхования рассчитан в основном на молодежь, у которой потребность в медицинской помощи в целом меньше. Таким образом, объем страхового покрытия и размер премии здесь ниже по сравнению с первыми двумя видами страхования. Программа «Группа 5», безусловно, является самой популярной: в 2004 году ее участниками были 22,6% населения. Четвертый вид покрытия представляет собой базовое страхование, предназначенное для людей, не испытывающих острой потребности в медицинской помощи. Участникам программы базового страхования расходы на лечение не возмещаются, однако они могут в любой момент перейти на другой вид страхового покрытия, и им для этого не нужно будет проходить никаких дополнительных формальностей. Участниками этой программы являются 3,6% датчан (Health Insurance «denmark» 2005). ДМС обеспечивается путем заключения годовых или долгосрочных договоров страхования, а все соответствующие льготы и пособия выплачиваются наличными. Тем, кто обращается с заявлением на предоставление страхового покрытия, может быть отказано в случае невыполнения определенных требований, касающихся в основном состояния здоровья и установленных Медицинским страховым обществом «denmark».

В последние годы на рынке появились частные коммерческие компании, занимающиеся медицинским страхованием. Так же как и Медицинское страховое общество «denmark», они предлагают страховое покрытие, обеспечивающее лечение в частных медицинских учреждениях в Дании и за границей. По данным организации Insurance & Pension, по сравнению с 2002 годом количество договоров частного медицинского страхования в 2004 году более чем удвоилось: со 120 тысяч почти до 300 тысяч (Mandag Morgen 2005).

Услуги частного медицинского страхования распространяются в основном посредством заключения договоров с организациями на групповое страхование работников. Самыми большими достижениями таких страховых компаний были схемы, предусматривающие выплату страховщиком единовременной страховой компенсации в

случае диагностирования у застрахованного «серьезного заболевания» (т. е. внезапного или хронического заболевания, которое может унести жизнь человека или сделать его инвалидом и требует очень дорогого лечения). Такие программы страхования могут использоваться для лечения в частных больницах или в других целях и часто становятся элементом коллективного соглашения между работодателем и работниками. Заинтересованность в частном медицинском страховании имеет место как со стороны работников, которые добиваются заключения коллективного соглашения с работодателем на эти услуги, так и со стороны самих компаний, считающих такие схемы новой перспективной программой в области управления персоналом и создания пенсионных планов. В разных компаниях содержание и объем страхового покрытия могут отличаться. Как правило, минимальное покрытие включает лечение в некоторых частных больницах плюс предварительное обследование и долечивание. Если лечение не может быть предоставлено в какой-либо частной больнице в Дании, то оно предоставляется за границей.

К пяти крупнейшим коммерческим страховым компаниям Дании относятся Codan Care, Danica, PFA, Topdanmark и Tryg (Danish Association of the Pharmaceutical Industry 2005).

В Дании существует три типа частного медицинского страхования: покрытие расходов пациентов, страхование на случай «серьезного заболевания» и страхование больничных расходов. Покрытие расходов пациентов представляет собой личное медицинское страхование, предлагаемое Медицинским страховым обществом «denmark». Страхование на случай «серьезного заболевания» – это страхование от несчастных случаев, которое можно получить по одной из программ, предлагаемых Медицинским страховым обществом «denmark», но при этом оно также является элементом некоторых коллективных соглашений между работодателем и работниками. Страхование больничных расходов обычно оплачивает работодатель. Этот вид страхования предлагают несколько коммерческих страховых компаний. Как правило, оно покрывает все расходы по лечению в стационаре.

Размер страховых премий по полисам ДМС, которые продает Медицинское страховое общество «denmark», обычно вычисляется по групповому тарифу и зависит от уровня выбранного страхового покрытия. Премии по полисам коммерческих страховых компаний рассчитываются с учетом возраста и статуса занятости страхуемого

лица. Максимальный возраст страхуемого по таким полисам – 60 лет, при этом предсуществующие заболевания в объем страхового покрытия не включаются. Размеры премий никак не регулируются, и никаких налоговых скидок в случае приобретения физическим лицом такого полиса не предоставляется. Если работодатель приобретает такие полисы от имени своих работников, то он может вычесть стоимость страховых премий из своей налогооблагаемой базы. Практически все полисы, которые продает Медицинское страховое общество «denmark», покупают физические лица и более 80% полисов коммерческих страховых компаний – работодатели или группы лиц (Thomson & Mossialos 2004). Вероятно, возможность получения налоговых скидок в случае приобретения работодателем страховых полисов для своих работников будет в дальнейшем стимулировать спрос на услуги ДМС. Какого-либо перекрестного субсидирования государственной системы здравоохранения в Дании нет.

В целом рост рынка частного медицинского страхования тревоги у населения Дании не вызывает. Примерно две трети населения положительно оценивают политику компаний, предлагающих своим работникам полисы медицинского страхования. Лишь треть населения считают, что этот факт должен вызывать озабоченность, так как в долгосрочной перспективе он может представлять угрозу для датской модели государства всеобщего благосостояния. В той части населения, которая выступает за услуги частного медицинского страхования, имеет место равномерное распределение группы по половому признаку, по возрасту, уровню образования и типу занятости. В частности, очень положительно относятся к факту роста рынка частного медицинского страхования лица в возрасте от 15 до 29 лет, лица с менее высоким уровнем образования и лица, годовой заработок которых превышает 500 тысяч датских крон (Mandag Morgen 2005).

И хотя на сегодняшний момент уровень охвата услугами частного медицинского страхования в Дании относительно невысок, ожидается, что в долгосрочной перспективе рынок ДМС будет расти. Это может отрицательно сказаться на желании людей вкладывать средства в систему государственного здравоохранения и усилить неравенство в отношении доступа к услугам здравоохранения, особенно если малообеспеченные или безработные не смогут себе позволить приобрести полисы ДМС.

4.2. Распределение средств

Решения, касающиеся распределения ресурсов, принимаются на нескольких уровнях. Наиболее значимым механизмом распределения ресурсов на национальном уровне являются переговоры о структуре национального бюджета, которые проходят раз в год между Министерством здравоохранения, Министерством финансов и областными и муниципальными советами, представленные ассоциацией «Регионы Дании» и Национальной ассоциацией местных органов власти. На этих ежегодных переговорах решаются следующие вопросы:

- рекомендуемый максимальный уровень муниципальных налогов;
- уровень государственных субсидий областям и муниципалитетам в форме общих блочных грантовых субсидий, их размер зависит от нескольких объективных факторов; главными из этих факторов являются демографические характеристики населения (для областей и муниципалитетов) и объем налоговых поступлений в муниципальный бюджет (только для муниципалитетов) (небольшая часть этих субсидий распределяется между областями, в зависимости от производительности работы больниц, которая измеряется по системе КСГ);
- уровень перераспределения (финансового выравнивания) между муниципалитетами, компенсирующего различия в налоговой базе в разных районах страны;
- размер разовых или постоянных целевых субсидий, выделяемых на реализацию конкретных инициатив, для которых требуются дополнительные ресурсы (например, Вторая национальная программа по борьбе с раком или другие инициативы, в том числе развитие кардиохирургии и лечение психических заболеваний).

Несмотря на то что в Дании предоставление большинства медицинских услуг находится в ведении областей и муниципалитетов, областные и муниципальные органы обязаны соблюдать те ограничения в отношении расходов на здравоохранение, которые устанавливаются по итогам ежегодных переговоров о структуре бюджета. Поскольку большинство региональных и муниципальных расходов на здравоохранение финансируется за счет поступлений подоходного налога (81%) и налога на недвижимость (6%), то для центрального

правительства самым сильным инструментом экономического контроля за деятельностью муниципалитетов становится возможность ограничить или увеличить эти поступления. Если расходы превышают установленные ограничения – хотя для муниципалитетов итоги ежегодных переговоров по бюджету и не являются юридически обязательными, – то правительство может «оштрафовать» отдельные или все муниципалитеты или области, отозвав свои субсидии, составляющие 13% всего финансирования муниципалитетов на нужды здравоохранения. Но на практике случаи значительного превышения налогов сверх установленного уровня довольно редки. С 2001 года, когда была введена политика замораживания налогов, возможности для обсуждений во время ежегодных переговоров по бюджету стали очень ограниченными.

4.3. Закупки медицинских услуг и взаимоотношения между поставщиком и покупателем

В системе распределения финансовых ресурсов между покупателями и поставщиками медицинских услуг в больничном секторе датской системы здравоохранения произошли серьезные изменения.

В прошлом многие окружные политические деятели и управленцы относились к финансированию учреждений здравоохранения на основе принципа финансирования по результатам деятельности весьма скептически. Вероятно, это объяснялось тем, что до введения в 1970-х годах системы глобального бюджетирования их округа испытывали сильнейший дефицит ресурсов. Другой возможной причиной такого негативного отношения было сочетание неограниченного спроса населения на медицинскую помощь (которая для пациентов является бесплатной в момент ее получения) и очень ограниченного объема дополнительных доходов от налогов (выделяемых округам для лечения большего количества пациентов). Тем не менее в 1990-х годах все же была введена система финансирования на основе принципа финансирования по результатам деятельности.

Поскольку в 1970-х годах в округах имел место острый дефицит ресурсов, то основным методом распределения ресурсов между больницами стало перспективное планирование глобальных бюджетов, которые утверждались окружными советами. Планирование

бюджетов производилось на основании показателей прошлых лет, и в случае введения новых видов услуг в бюджет вносились соответствующие изменения.

В 1980-х и 1990-х годах в процессе формирования окружных бюджетов все больше стали учитываться такие неэкономические факторы, как активность работы медицинских учреждений (например, число выбывших из больницы, число койко-дней и число амбулаторных посещений) и уровень обслуживания (например, нормы, касающиеся срока ожидания плановой медицинской помощи). В ряде округов хотели также включить в целевые показатели такие характеристики, как управление качеством медицинского обслуживания и оценка работоспособности, но этого сделать не удалось, поскольку предлагаемые измерения были признаны слишком упрощенными. Эти показатели работы медицинских учреждений дополняли глобальные бюджеты, которые по-прежнему считались основным элементом контроля и в основном были предназначены для того, чтобы повысить уровень информированности о связи затрат и результатов деятельности лечебных учреждений, а также увеличить заинтересованность больниц в повышении активности и улучшении качества работы. Введение этих показателей не преследовало своей целью создание конкуренции между различными лечебными учреждениями, и вопросу о том, чтобы проинформировать широкую общественность о результатах работы больниц, также уделялось не слишком большое внимание. Вероятно, это объяснялось опасениями, что администрации больниц могут начать манипулировать показателями или показателями, не соответствующими установленным стандартам, вызовут беспокойство населения, и из-за этого пациенты станут обращаться в лечебные учреждения других округов. Измерения показателей работы лечебных учреждений в разных округах были различными, а в некоторых случаях зависели даже от конкретного лечебного учреждения.

Бюджеты медицинских учреждений «мягкие» – в том смысле, что они не являются юридически обязательными и не предполагают введения каких-либо санкций за их неисполнение. Но если бюджет не исполняется систематически, то это может привести к смене руководства медицинского учреждения.

Другой инициативой, направленной на повышение эффективности работы больничного сектора, стало делегирование управленческих полномочий и финансовой ответственности от верхних уровней

к нижним (например, больница передавала часть полномочий своим отделениям). Предполагается, что такой подход будет способствовать осознанию необходимости контроля затрат и позволит лучше использовать информацию на всех организационных уровнях. Бюджеты отделений больниц утверждаются путем ежегодных переговоров между областными администрациями, администрациями больниц и их отделений. В пределах области процедура утверждения бюджета может быть различной. В некоторых больницах заключают даже отдельные контракты с каждым отделением.

Если пациент воспользовался услугами областного здравоохранения, например сделал операцию по пересадке сердца или осуществил свое право свободного выбора медицинского учреждения, то тот округ или та область, где были оказаны услуги, получали оплату этих услуг от той области, в которой проживает данный пациент. До введения системы финансирования по результатам деятельности такое возмещение производилось в пользу соответствующей больницы или чаще всего поступало в областной бюджет как часть его общего дохода. По этой причине больницы, как правило, не считали стимулом для улучшения своей работы получение оплаты за лечение пациентов из других округов.

Система политически контролируемого глобального бюджетирования и заключения контрактов в сочетании с усилиями по сокращению затрат на региональном уровне оказалась эффективным инструментом контроля расходов на оплату услуг больниц. Вместе с тем такая система обеспечивает лишь ограниченные экономические стимулы для повышения эффективности услуг по месту их предоставления и не очень способствует повышению активности работы больниц в целом в случае увеличения спроса на услуги, что, вероятно, влечет дополнительные проблемы, связанные с очередью на некоторые виды лечения (Palleesen 1997). Наконец, глобальное бюджетирование способствует тому, что больницы и их отделения рассматривают свои экономические бюджеты как своего рода «право». Кроме того, при такой системе трудно определить, является ли действующий механизм распределения ресурсов эффективным, и перераспределить ресурсы между больницами и их отделениями. В целях борьбы с негативными последствиями глобального бюджетирования на государственном и региональных уровнях был введен целый ряд инициатив. Эти инициативы предполагали добавление в бюджеты медицинских учреждений большего количества измерений показателей работы или постепенное введение в сектор

здравоохранения дополнительных рыночных механизмов управления.

В качестве одного из механизмов распределения ресурсов в Дании постепенно была введена система финансирования по результатам деятельности. В 1997 году округам были выделены дополнительные средства, чтобы они могли провести эксперимент с финансированием по результатам деятельности. Как часть бюджетного соглашения на 1999 год, а также в связи с введением в 1993 году системы «свободного выбора пациентом лечебного учреждения» больницы стали получать полную оплату на основе КСГ за пролеченных пациентов из других регионов. Это обеспечило дополнительную заинтересованность больниц в том, чтобы принимать на лечение пациентов из других регионов, так как во многих случаях нормативы финансирования по КСГ были выше, чем те намеренно низкие нормативы, которые поначалу использовались в рамках системы «свободного выбора пациентом лечебного учреждения». Сначала использовались только минимально рентабельные нормативы, из опасений, что финансирование по результатам деятельности может привести к увеличению затрат на нужды здравоохранения; однако оказалось, что это не так. Пока еще неясно, в какой степени этот подход увеличил конкуренцию между регионами, но опрос, проведенный в 2002 году, выявил, что 70% больниц приняли меры по привлечению пациентов из других регионов. Этот опрос показал также, что в период между 1996 и 2000 годами доля пролеченных в больницах пациентов из других регионов увеличилась на 32% (Ankjaer-Jensen & Rath 2004). С 2004 года к системе глобального финансирования, основанной на внедрении системы финансирования по результатам деятельности, были добавлены оговоренные целевые показатели по видам услуг для каждой отдельной больницы. По этой новой системе каждая больница получает проспективный бюджет, соответствующий 80% объема финансирования на основе КСГ с учетом числа и состава пациентов для установленных целевых показателей по видам услуг («базовый уровень»), а оставшиеся 20% финансирования выделяются в соответствии с фактически оказанными больницей услугами. Таким образом, те больницы и отделения больниц, где объем работы, оплачиваемой на основе КСГ, будет ниже базового уровня, получат меньший объем финансирования. Те же, в которых объем услуг, оплачиваемых на основе КСГ, превысит базовый уровень, получат больший доход. При этом установлен определенный потолок в

отношении того, насколько этот дополнительный доход может превышать базовый уровень. Таким образом, данный подход сочетает в себе преимущества системы глобального бюджетирования с преимуществами системы финансирования по результатам деятельности. Практическая реализация новой схемы финансирования в различных округах страны может отличаться (Ankjaer-Jensen & Rath 2004). В ближайшие годы правительство планирует увеличить объемы финансирования по результатам деятельности с 20 до 50% бюджета больниц. Такое увеличение означает, что для определенных больниц и отделений экономические последствия меньшего объема работы по системе КСГ будут более ощутимыми.

Чтобы избежать дискриминации пациентов по территориальному признаку, объем работы больниц и их отделений по системе КСГ измеряется вне зависимости от места жительства пролеченных пациентов.

4.4. Механизмы оплаты

4.4.1. Оплата труда медицинских работников

Зарплаты персонала, работающего в больницах, домах для престарелых и инвалидов и в муниципальных органах здравоохранения, устанавливаются путем переговоров между профсоюзами, профессиональными ассоциациями, ассоциацией «Регионы Дании» и Национальной ассоциацией местных органов власти.

Около 60% всех датских врачей работают в больницах в качестве штатных служащих на твердом окладе. Еще 10% не занимаются клинической практикой, а ведут административную, преподавательскую или научную деятельность. Примерно 23% медиков работают врачами общей практики (Ministry of the Interior and Health 2005b). Врачи общей практики, имеющие разрешение от областной администрации на медицинскую практику, почти все свои доходы получают из областного бюджета в соответствии с тарифной шкалой, оговоренной между Ассоциацией врачей общей практики и ассоциацией «Регионы Дании». Компенсация врача общей практики складывается из подушевой оплаты, составляющей в среднем одну треть его дохода, и оплаты за предоставленные услуги (консультации, медицинский осмотр, операции и т. п.), включая оплату по специальным тарифам за консультации во внеурочные часы,

телефонные консультации и посещения больных на дому. Такая комбинированная система оплаты труда врачей общей практики сформировалась за последние сто лет. Ее целью является создание для врачей общей практики стимулов для лечения пациентов своими силами, а не направления их на специализированное лечение в больницы. Одновременно с этим такой подход обеспечивает врачам общей практики экономическую стабильность и компенсацию за услуги, которые в иных обстоятельствах оплачены бы не были. Тогда как механизм оплаты за предоставленные услуги должен способствовать эффективности работы врачей общей практики, система подушевой оплаты нацелена на то, чтобы врачи общей практики не предоставляли ненужного лечения. В 1987 году была изменена система оплаты услуг врачей общей практики в Копенгагене: если раньше там использовался преимущественно механизм подушевой оплаты, то теперь, как и на остальной территории страны, применяется комбинированная система оплаты труда. В результате этих изменений объем услуг врачей общей практики увеличился, а количество выданных направлений к врачам-специалистам уменьшилось (Krasnik et al. 1990). Содержание соглашений между врачами общей практики и ассоциацией «Регионы Дании» зависит также от существующей системы приоритетов. В частности, предполагается, что сравнительно высокая установленная норма оплаты за консультации профилактического характера будет способствовать тому, что врачи общей практики начнут проводить более подробные консультации, ориентированные на широкую профилактику заболеваний, например займутся санитарным просвещением по таким вопросам, как борьба с курением, пищевые привычки, контроль массы тела и т. п. До введения этой, довольно высокой нормы оплаты те врачи общей практики, которые специально уделяли дополнительное время, чтобы обсудить с пациентами эти вопросы, оказывались в менее выгодном с экономической точки зрения положении по сравнению со своими коллегами, ограничивающимися лишь беглым медицинским осмотром пациента.

Практикующие врачи-специалисты, получившие от областной администрации разрешение на медицинскую практику, также получают возмещение из средств областного бюджета, правда, только по принципу оплаты за предоставленные услуги. Чтобы попасть на прием к врачу-специалисту, пациент должен получить направление от врача общей практики – за исключением случаев, когда пациент хочет полностью оплатить услуги врача-специалиста сам.

Почти весь свой доход врачи-специалисты получают из областных бюджетов. В частном коммерческом секторе занято очень мало врачей-специалистов, и все они работают либо в клиниках, либо в небольших лечебницах, либо в фармацевтической промышленности. Система выплаты поставщикам медицинских услуг гонораров за предоставленные услуги призвана стимулировать эффективность их работы, но доказательств эффективности этого механизма оплаты довольно мало. Как оказалось, контролировать расходы областей на оплату такого вида услуг довольно трудно, и иногда они росли даже быстрее, чем расходы на оплату работы больниц; возможно, это обусловлено сильным влиянием финансирования по результатам деятельности. В стране установлены ограничения, касающиеся уровня доходов, получаемых врачами общей практики и врачами-специалистами из бюджетов округов, но эти ограничения гораздо мягче, чем те, которые установлены в отношении больничного сектора. Медицинские работники, действующие по найму муниципалитетов (персонал домов для престарелых и инвалидов, сестринский уход на дому, патронажные сестры и муниципальные стоматологи), получают фиксированную зарплату.

Сотрудники общественного здравоохранения работают в государственных организациях (общенационального и муниципального уровня, а также в НИИ) и частных учреждениях, занимающихся администрированием, планированием и оказанием медицинских услуг. Работники государственных организаций в основном получают фиксированную зарплату. Более подробная информация об оплате труда стоматологов и вспомогательного зубоврачебного персонала содержится в разделе 6.11 «Стоматологическая помощь».

4.5. Расходы на здравоохранение

Подход Дании к оценке расходов на здравоохранение несколько отличается от того, который применяется Организацией экономического сотрудничества и развития (ОЭСР). Различия касаются методики измерений и объема включаемых услуг. Несмотря на методологические трудности, в данном разделе использованы в основном данные ОЭСР – это сделано для того, чтобы упростить процесс межстранового сравнительного анализа.

В Дании расходы на здравоохранение, выраженные как доля ВВП, несколько ниже, чем в среднем по ЕС для тех стран, которые входили в Евросоюз до мая 2004 года (см. рис. 4.2, 4.3 и 4.4).

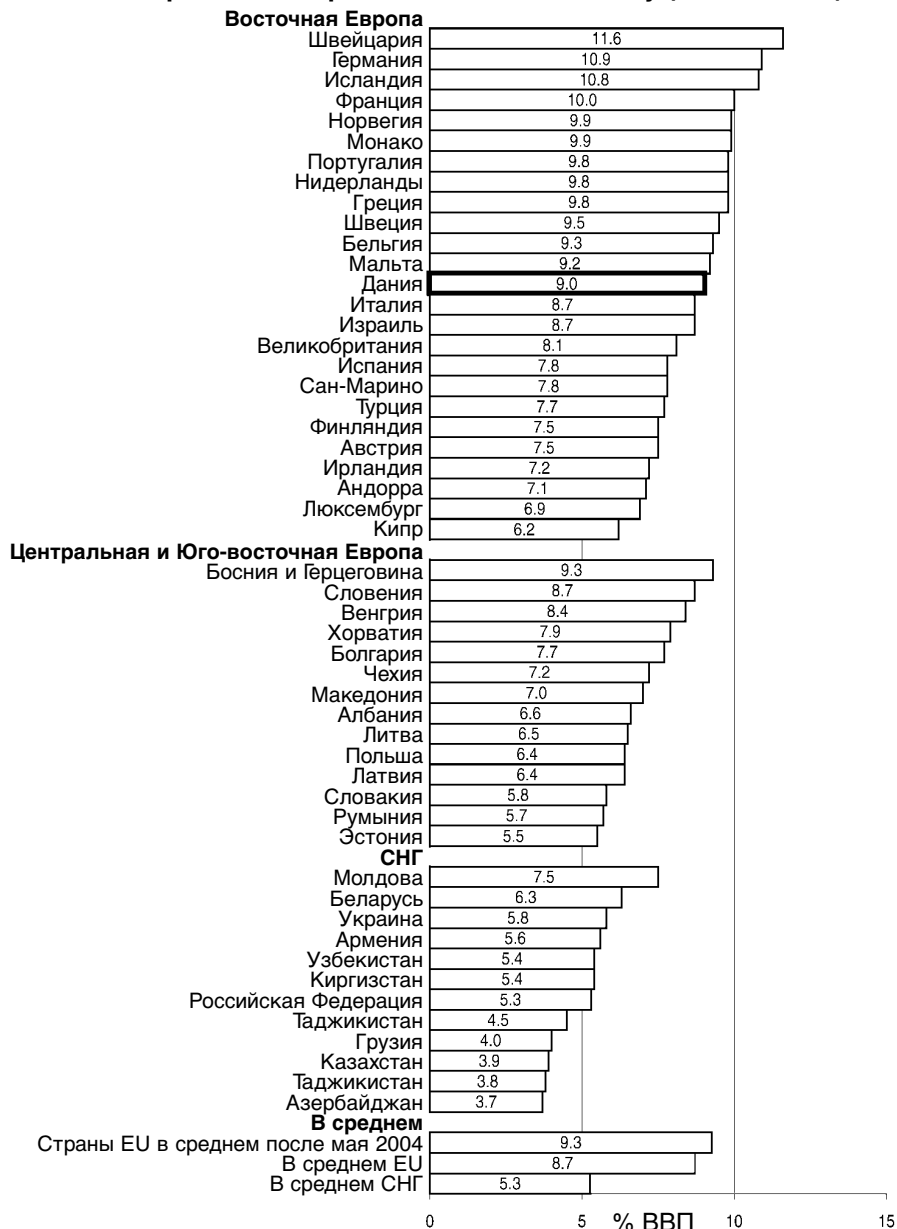
Таблица 4.1. Динамика расходов на здравоохранение, 1980–2003 гг.

	1980	1985	1990	1995	2000	2002	2003
Общие расходы на здравоохранение на душу населения по ППС, долл. США	943	1 275	1 554	1 843	2 353	2 583	–
Общие расходы на здравоохранение как % ВВП	9,1	8,7	8,5	8,2	8,4	8,8	9,0
Государственные расходы на здравоохранение как % общих расходов на здравоохранение	87,8	85,6	82,7	82,5	82,4	82,9	8,0
Частные расходы на здравоохранение как % общих расходов на здравоохранение	12,2	14,4	17,3	17,5	17,6	17,1	17,0
Наличные платежи на душу населения по ППС, долл. США	107	173	249	300	373	396	–
Наличные платежи как % общих расходов на здравоохранение	11,4	13,6	16,0	16,3	15,9	15,3	–
Частное медицинское страхование – % общих расходов на здравоохранение	0,8	0,8	1,3	1,2	1,6	1,6	–
Среднегодовые реальные темпы роста общих расходов на здравоохранение ^а	–	–	–	2,3	4,3	2,0	–
Среднегодовые реальные темпы роста ВВП	–	–	1,0	2,8	3,0	1,7	2,3

Источники: Ministry of Finance 2001; Ministry of the Interior and Health 2005b; OECD 2004.

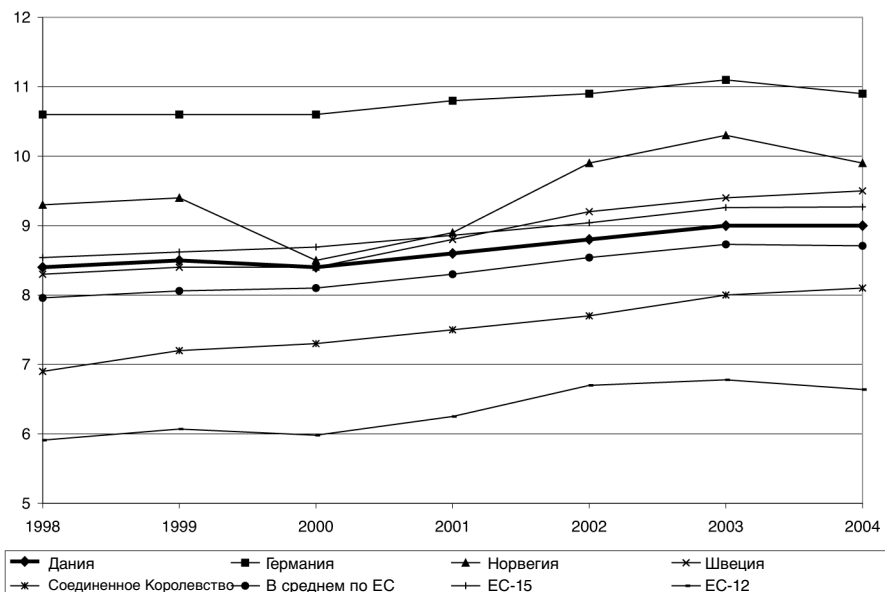
Примечания: ^а – в ценах 2003 года; ППС – паритет покупательной способности; ВВП – валовой внутренний продукт.

Рис. 4.2. Расходы на здравоохранение как доля ВВП (%) в странах Европейского региона ВОЗ в 2004 году (оценка ВОЗ)



Источник: WHO, 2007/Европейское региональное бюро ВОЗ, январь 2007 г.
Примечания: СНГ – Содружество Независимых Государств, ЕС – Европейский союз.

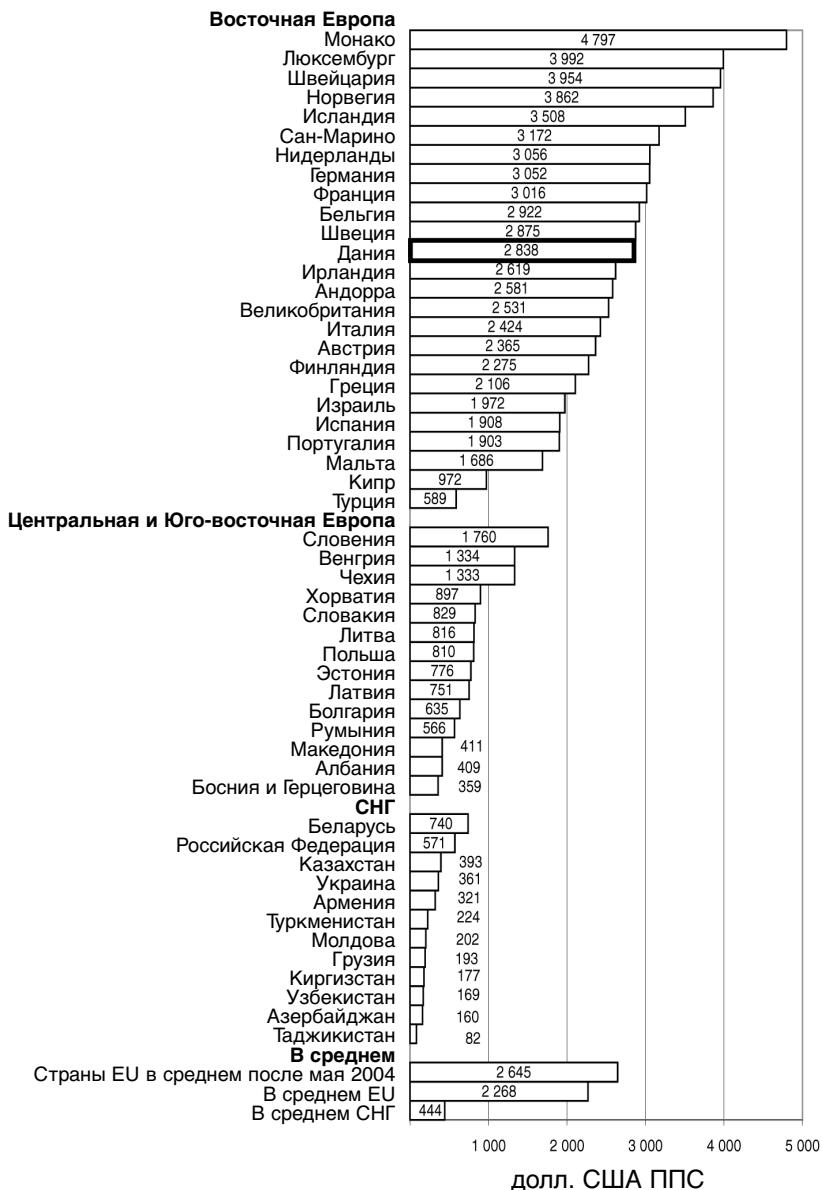
Рис. 4.3. Динамика расходов на здравоохранение, выраженных как доля ВВП (%) в Дании и некоторых других странах, 1998–2004 гг. (оценка ВОЗ)



Источник: WHO, 2007/Европейское региональное бюро ВОЗ, январь 2007 г.
Примечания: ЕС – Европейский союз, ЕС-15 – страны, ставшие членами ЕС до мая 2004 г., ЕС-12 – страны, присоединившиеся к ЕС в мае 2004 г. и январе 2007 г.

В 1980-х годах в Дании расходы на здравоохранение, выраженные как доля ВВП, падали, но с 1995 года начали немного расти (см. табл. 4.1). В 1980 году относительно высокие расходы на здравоохранение, выраженные как доля ВВП, объяснялись главным образом тем, что изменился сам принцип их определения и вычисления, а именно: к расходам на здравоохранение теперь были отнесены также расходы на содержание домов для престарелых и инвалидов. В 1980-х годах наблюдалась также тенденция к увеличению частных расходов на здравоохранение, что объяснялось политическими мерами, направленными на сдерживание государственных расходов (см. раздел 2.1 «Историческая справка»). Однако в период с 1995 по 2003 год доля государственных расходов в общих расходах на здравоохранение оставалась относительно стабильной (OECD 2004).

Рис. 4.4. Расходы на здравоохранение в странах Европейского региона ВОЗ в 2004 г. по ППС на душу населения, в долларах США (оценка ВОЗ)



Источник: WHO, 2007/Европейское региональное бюро ВОЗ, январь 2007 г.
 Примечания: ППС – паритет покупательной способности; СНГ – Содружество Независимых Государств; ЕС – Европейский союз.

5. Материальные и трудовые ресурсы

5.1. Материальные ресурсы

5.1.1. Инфраструктура и капитальные вложения

Стационарное лечение находится в ведении областей, которым принадлежат больницы и женские консультации. Из областных бюджетов также финансируется работа врачей общей практики, физиотерапевтов и стоматологов и покупка лекарств. Здравоохранение относится в основном к сфере ответственности областей, и в национальном законодательстве, касающемся здравоохранения, не указано, как именно должно быть организовано медицинское обслуживание населения и какие именно услуги следует оказывать (см. раздел 3.2 «Планирование и управление медицинской информацией»).

Начиная с 1990-х годов коечный фонд соматических и психиатрических больниц Дании стал сильно сокращаться (см. табл. 5.1 и 5.2). Это явилось отражением общей тенденции, характерной почти для всех стран Западной Европы (см. рис. 5.1). Работа соматических больниц с середины 1990-х годов активизировалась, что сопровождалось уменьшением их числа. Количество выбывших из стационара в период с 1996 по 2005 год росло, увеличиваясь в среднем на 1,3% в год. При этом следует отметить, что за этот период средняя продолжительность пребывания в стационаре уменьшилась на 1,6 дня. Число койко-дней снизилось примерно с 6 млн в 1996 году до 5 млн в 2005 году, что соответствует ежегодному снижению примерно на 2% (Ministry of the Interior and Health 2006).

Таблица 5.1. Показатели работы соматических больниц, 1996–2005 гг.

	1996	1998	2000	2002	2004	2005
Число больниц	79	76	61	58	52	–
Число выбывших из больниц	980 000	996 000	1 029 000	1 062 000	1 089 000	1 102 000
Число койко-дней	5 990 000	5 738 000	5 567 000	5 471 000	5 111 000	4 998 000
Число коек	20 476	19 472	18 484	18 166	16 668	16 410
Средняя продолжительность пребывания в стационаре (дней)	6.1	5.8	5.4	5.2	4.7	4.5
Коэффициент средней занятости койки (%)	80,1	79,5	81,7	79,0	82,2	83,5

Источники: Ministry of the Interior and Health 2004b; Ministry of the Interior and Health 2006.

Таблица 5.2. Показатели работы психиатрических больниц, 1997–2003 гг.

	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003
Число больниц	12	12	12	12	9	10	14
Число выбывших из больниц	35 526	36 769	38 626	38 982	40 691	40 815	40 423
Число койко-дней	1 440 000	1 433 000	1 442 000	1 406 000	1 373 000	1 330 000	1 280 000
Число коек	4 029	3 999	4 022	3 894	3 886	3 799	3 676
Коэффициент средней занятости койки (%)	97.9	98.3	98.2	98.9	96.8	95.9	95.4
Число амбулаторных посещений	450 000	483 000	532 000	564 000	567 000	746 000	643 000

Источник: Ministry of the Interior and Health 2006.

Число выбывших из психиатрических больниц в период с 1997 по 2003 год возрастало, увеличиваясь в среднем на 2,2% в год. Число психиатрических больниц с 1997 по 2001 год оставалось прежним, после чего стало заметно меняться: с 2000 по 2001 год оно уменьшилось

с 12 до 9, а затем возросло до 10 в 2002 году и до 14 в 2003 году (Ministry of the Interior and Health 2006).

Относительное сокращение коечного фонда наиболее заметно в психиатрических больницах – главным образом это объясняется политикой, направленной на перевод стационарных больных на амбулаторное лечение. В 1980–1990 годах число коек в психиатрических больницах резко сократилось – с 8182 до 4906. Общее сокращение коечного фонда в соматических и психиатрических больницах сопровождалось значительным увеличением числа амбулаторных посещений. Многие диагностические и терапевтические процедуры могут проводиться либо без госпитализации, либо до или после госпитализации.

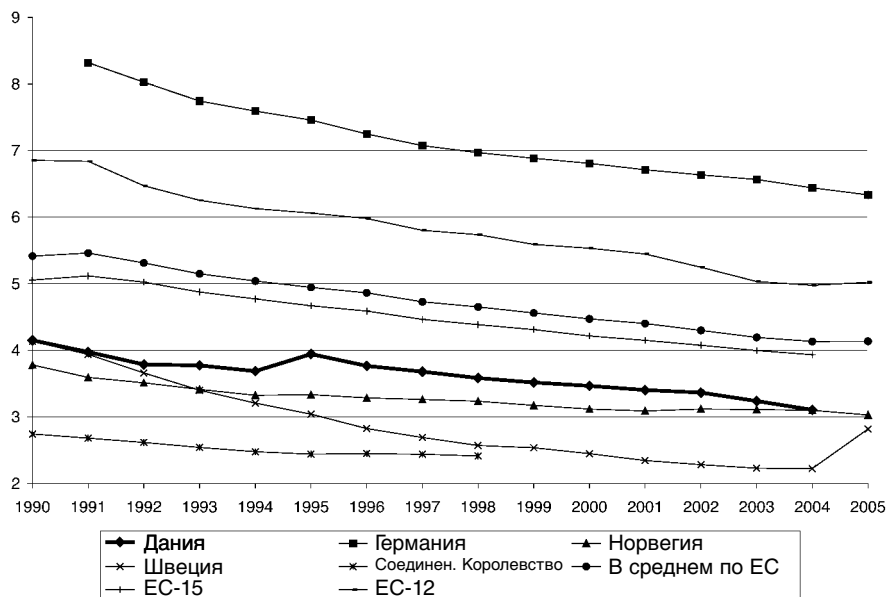
Капитальные вложения

Ответственность за проведение обследований технического состояния имущества лежит на региональных и местных органах власти. Каких-либо государственных оценок общего технического состояния имущества не проводится. В секторе первичной медико-санитарной помощи врачи общей практики и врачи-специалисты либо владеют своим кабинетом, либо арендуют его по договору аренды. На этом уровне государственные обследования технического состояния имущества не проводятся.

Задача по обеспечению надлежащего технического состояния и надлежащего использования площадей существующих зданий и сооружений является ответственностью децентрализованных органов, и государство редко вмешивается в этот процесс. Надзор за соблюдением правил противопожарной безопасности и норм техники безопасности в лечебных учреждениях должны осуществлять местные органы власти.

В регионах капитальные вложения финансируются из общих доходов органов власти. Исключение составляют разовые субсидии, которые предоставляются как непосредственный перевод средств центрального правительства на целевые нужды здравоохранения – например, на закупки медицинского оборудования для лечения раковых больных. Финансирование крупномасштабного строительства осуществляется за счет общих доходов органов власти, сбережений и заимствований. При этом центр устанавливает определенные ограничения в отношении экономической деятельности регионов, касающихся уровня расходов и заимствований. Эти ограничения со

Рис. 5.1. Число больничных коек на 1000 населения в Дании, некоторых других странах и в среднем по ЕС, 1990–2005 гг.



Источник: WHO, 2007/Европейское региональное бюро ВОЗ, январь 2007 г.
Примечания: ЕС – Европейский союз; ЕС-15 – страны, ставшие членами ЕС до мая 2004 г.; ЕС-12 – страны, присоединившиеся к ЕС в мае 2004 г. и январе 2007 г.

временем меняются и, как правило, обусловлены политическими соображениями. С 2007 года все инвестиции в сфере здравоохранения, превышающие установленные лимиты, подлежат утверждению Министерством здравоохранения. В целях обеспечения равномерного с географической точки зрения распределения капитала производится перераспределение фондов между муниципалитетами. Такое перераспределение проводится по формуле, в которой учитываются следующие факторы: возрастная структура населения, количество детей из неполных семей, количество арендованных квартир, уровень безработицы, количество людей с низким уровнем образования, количество иммигрантов из стран, не являющихся членами Евросоюза, количество людей, живущих в бедных районах, и доля одиноких престарелых. Влияние частного сектора здравоохранения является незначительным, и его размер не регулируется.

5.1.2. Информационные технологии

В 2005 году высокоскоростной доступ в Интернет был у 22 из 100 жителей Дании; несмотря на относительно высокие издержки для пользователей, по этому показателю Дания занимает одно из первых мест в Европе (Ministry of Science, Technology and Innovation 2005).

В 2002 году, в ходе проведения трехмесячного исследования, для получения услуг органов государственного управления Интернетом пользовались 55% населения. Чаще всего люди искали в Интернете какую-либо информацию об учреждениях госсектора (40%), скачивали те или иные бланки и формы (16%) и отправляли информацию в органы государственной власти (13%) (Statistics Denmark 2004).

В последние годы доступ в Интернет значительно расширился. В 2004 году доступ в Интернет из дома и/или с работы был у 83% населения, по сравнению с 73% в 2001 году. Особенно заметно увеличилось количество домашних подключений к Интернету: в 2004 году выходить в Интернет, будучи дома, могли 70% населения, по сравнению с 59% в 2001 году. Доступ в Интернет с работы в 2004 году был у 58% населения, а в 2003 году – у 53% (Statistics Denmark 2004).

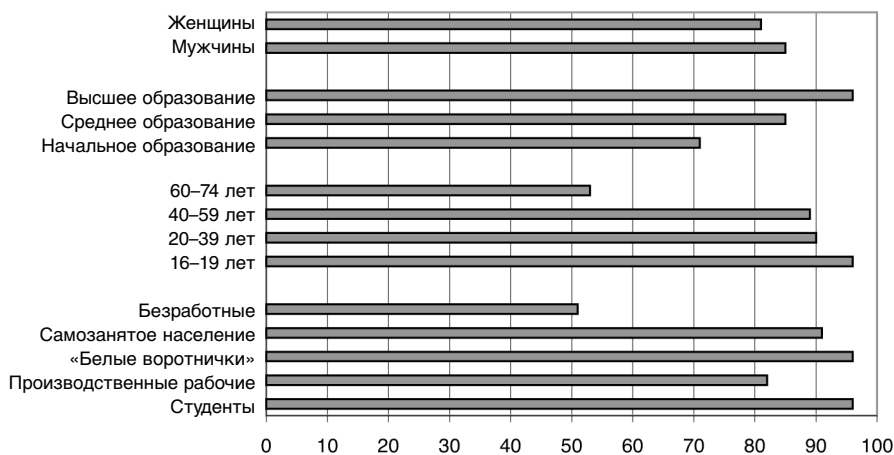
В период с 2001 по 2004 год доступ в Интернет расширился во всех возрастных группах. Наиболее заметным это было в группе в возрасте 60–74 лет: если в 2001 году доступ в Интернет был всего у 31% представителей этой группы, то в 2004 году – уже у 53% (см. рис. 5.2). Однако наибольший процент покрытия по-прежнему наблюдается в возрастной группе от 16 до 39 лет: в 2004 году доступ в Интернет был у 96% ее представителей. Что касается связи с уровнем образования, то среди лиц с более высоким уровнем образования процент тех, кто имеет выход в Интернет, больше. В группе респондентов, имеющих высшее образование, 96% имели доступ в Интернет, в то время как у тех, кто имеет только начальное образование, этот показатель равен 71%. Более высокий уровень охвата услугами Интернета характерен для студентов, «белых воротничков» и samozанятого населения: в первых двух группах доступ в Интернет есть у 96% респондентов, в последней – у 91%. У безработных этот показатель существенно ниже по сравнению с остальными группами (51%) (Statistics Denmark 2004; Ministry of Science, Technology and Innovation 2005).

В целях внедрения информационных технологий в сфере здравоохранения в Дании была создана Группа по разработке национальной стратегии по внедрению информационных технологий в

здравоохранении. В состав этой группы вошли Министерство здравоохранения, Национальное управление здравоохранения, ассоциация «Регионы Дании» и Национальная ассоциация местных органов власти. Впервые Национальная стратегия по внедрению информационных технологий в здравоохранении (2000–2002 гг.) была опубликована в 1999 году. Затем по ней был проведен ряд слушаний. Этот документ претерпел определенные изменения, в результате чего появилась Национальная стратегия использования информационных технологий в здравоохранении, описывающая общую схему полной компьютеризации сектора здравоохранения на период 2003–2007 годов (Ministry of the Interior and Health 2003b). Эта схема включала внедрение системы электронных историй болезни (ЭИБ), которая в последние годы получила в Дании широкое распространение. Однако практическая реализация всей стратегии в целом шла не очень успешно, и имеющиеся данные позволяют предположить, что пока ее цели не достигнуты.

Одним из основных приоритетов Национальной стратегии использования информационных технологий в здравоохранении является исследование возможности совместного использования данных разными информационными системами, уже существующими в секторе здравоохранения, с помощью интегрированных информационных систем и ЭИБ, а также применения единых стандартов представления и обработки информации.

Рис. 5.2. Доступ в Интернет у жителей Дании, 2004 г. (%)



Источники: Statistics Denmark, 2004; Ministry of Science, Technology and Innovation, 2005.

В 1998 году Министерство здравоохранения в целях поддержки Национальной стратегии использования информационных технологий в здравоохранении организовало Датскую обсерваторию по электронным историям болезни, которая должна была осуществлять мониторинг и оценку разработки, внедрения и применения системы ЭИБ в больничном секторе. Деятельность этой обсерватории также является элементом Национальной стратегии использования информационных технологий в здравоохранении 2003–2007. Цели этой стратегии состояли в следующем: к январю 2006 года установить систему ЭИБ во всех больницах; обеспечить ведение ЭИБ на базе установленной национальной модели; к 2005 году создать широко-масштабную систему национальных коммуникаций на языке XML между больницами, а также внутри отдельных больниц; к 2005 году создать информационную сеть с ограниченным доступом на базе Интернета (Brunn-Rasmussen, Bernstein, Vingtoft, Andersen & Nohr 2003). По мнению медицинских работников и специалистов по информационным технологиям, в бывших округах были установлены разные системы и применялись разные подходы к работе с ЭИБ, это было серьезным недостатком, поскольку вызывало неоправданное расходование средств и отсутствие координации. Принимая во внимание сложность проблемы и отсутствие единого централизованного подхода на начальных этапах, полный и действующий охват датского сектора здравоохранения системой ЭИБ будет достигнут еще не скоро.

Одной из главных инициатив, реализуемых в рамках Национальной стратегии использования информационных технологий в здравоохранении, стало создание общего интернет-портала по вопросам здравоохранения. Назначение этого портала состоит в том, чтобы обеспечить общую базу для коммуникаций и обмена информацией, а также предоставить населению электронный доступ к сектору здравоохранения (Lippert & Kverneland 2003).

В настоящее время информационные технологии внедрены и в той или иной степени используются во всех частях сектора здравоохранения. Дания относится к числу стран, где использование электронных средств коммуникаций в секторе здравоохранения распространено наиболее широко. Особенно это касается сотрудничества между центральными и региональными органами здравоохранения по вопросам создания единой сети передачи медицинских данных для обмена сообщениями – например, для того, чтобы врачи общей практики могли передавать в аптеки выписываемые ими рецепты или направить в больницу направления на госпитализацию. В 2002 году

такими сообщениями, количество которых достигало 2,4 млн в месяц, обменивались более чем 2500 корреспондентов, среди них были больницы, аптеки, лаборатории, врачи общей практики и т. п. Кроме того, информационные технологии все шире используются внутри каждого элемента сектора здравоохранения. В 2002 году электронными медицинскими картами пациентов пользовались более 87% врачей общей практики (Ministry of the Interior and Health 2003b). В больницах компьютерные информационные системы используются для регистрации данных о пациентах – например, ведутся электронные досье пациентов, системы обработки данных о пациентах, системы лабораторных данных, информационные системы банков крови, системы диагностической визуализации и системы бронирования.

Системы обработки данных о пациентах, которые распространяются во всей системе здравоохранения, поставляют данные для центральных регистров (например, для Национального регистра пациентов). Более половины местных органов власти ввели у себя электронные системы обработки медицинской информации, они помогают вести медико-санитарную документацию, хранить данные о назначениях лекарств, а также решать различные задачи в области планирования.

5.1.3. Медицинское оборудование, приборы и аппараты

От больниц и учреждений первичной медико-санитарной помощи поступает очень мало информации о наличии медицинского оборудования и его использовании в датской системе здравоохранения. Данные есть только о количестве приборов МРИД, компьютерных томографов и оборудования для лучевой терапии. Количество МРИД-приборов в 2004 году увеличилось по сравнению с 1990 годом с 13 до 55 единиц, т. е. на 423%. За этот же период количество компьютерных томографов возросло с 22 до 79, т. е. на 359%. И наконец, за период с 1981 по 2004 год число единиц оборудования для лучевой терапии увеличилось с 25 до 35 (OECD 2006).

5.1.4. Фармацевтическая продукция

Расходы на фармацевтическую продукцию

Данные о расходах на фармацевтическую продукцию в Дании и некоторых европейских странах приведены в табл. 5.3.

Таблица 5.3. Потребление фармацевтической продукции в Европе, 2002 г.

Страна	Расходы на фармацевтическую продукцию в расчете на душу населения по ППС, в долл. США	Доля расходов на лекарства в государственных расходах на здравоохранение, %	Расходы на лекарства в государственных расходах на здравоохранение как % ВВП	Доля государственного сектора в расходах на лекарства (доля возмещения стоимости лекарств), %
Австрия	358	17,3	0,9	74,9
Дания	239	5,8	0,4	52,5
Финляндия	309	11,1	0,6	53,0
Франция	570	18,4	1,4	67,0
Германия	408	18,8	1,2	74,8
Греция	278	20,7	1,0	71,5
Ирландия	259	12,3	0,7	84,2
Италия	484	15,4	1,0	52,1
Люксембург	355	11,2	0,6	82,5
Испания	354	22,2	1,2	73,6
Швеция	329	10,6	0,8	69,3

Источник: OECD, 2004.

Примечания: ППС – паритет покупательной способности; ВВП – валовой внутренний продукт.

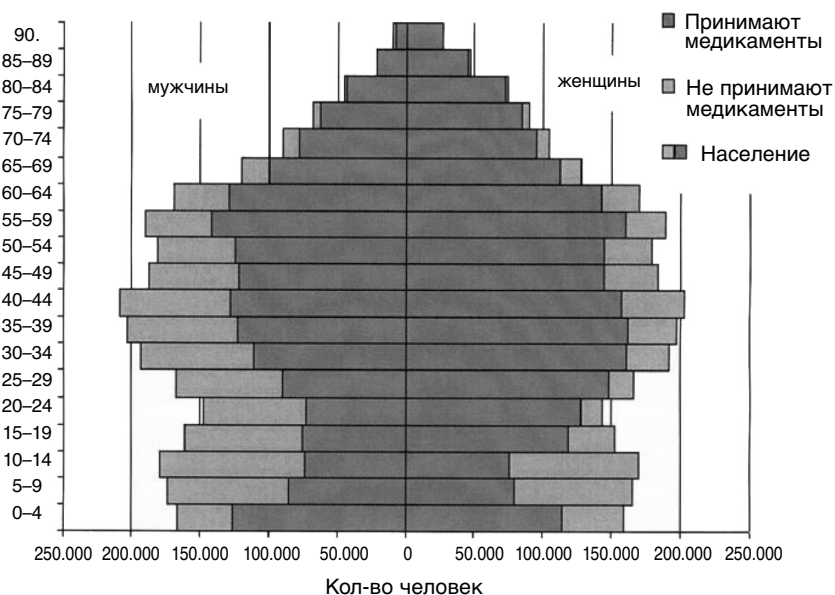
Из этой таблицы видно, что в Дании уровень потребления лекарственных средств на душу населения значительно ниже, чем в других западноевропейских странах (измерения проводились на основании объема продаж по ценам производителей и включая лекарства, отпускаемые по рецепту и покупаемые без рецепта, в обоих секторах – в секторе первичной медико-санитарной помощи и в больничном секторе). Потребление фармацевтической продукции в Дании также оказалось ниже, чем во всех остальных западноевропейских странах, и составляет всего 0,4% ВВП страны.

Расходы на фармацевтическую продукцию в секторе первичной медико-санитарной помощи в 2005 году составили 11 935 млн датских крон (в розничных ценах, включая сборы за выписывание рецептов и НДС), а в больничном секторе – 4398 млн датских крон (в ценах больничных аптек, включая НДС). Расходы на лекарства,

отпускаемые без рецепта, составили 1876 млн датских крон. Лекарства, отпускаемые без рецепта, продавались также через лицензированные розничные торговые точки (205 млн датских крон) (Danish Medicines Agency 2006).

В 2005 году объем продаж медикаментов в больничном секторе составил 27% всех продаж. В секторе первичной медико-санитарной помощи расходы на фармацевтическую продукцию финансировались за счет региональных органов здравоохранения (56%) и соплатежей пациентов (39%) и муниципалитетов (4%). В 2003 году потребление фармацевтической продукции составляло 1137 датских крон на 1000 населения в день (1092 датские кроны в секторе первичной медико-санитарной помощи и 45 датских крон в больничном секторе). На рис. 5.3 показано количество человек, получающих лечение лекарствами, отпускаемыми по рецепту, в секторе первичной медико-санитарной помощи (с разбивкой по возрасту и полу).

Рис. 5.3. Количество человек, получающих лечение лекарствами, отпускаемыми по рецепту, в секторе первичной медико-санитарной помощи, с разбивкой по возрасту и полу^a



Источник: Информация получена от Эллен Уэст Соренсен (кафедра социальной фармации, Университет Копенгагена), 2006 г.

Примечание: ^a – сведения о населении по состоянию на 1 января 2006 г.

Постоянный рост потребления фармацевтической продукции, который наблюдался в 1990-х годах, имеет место в Дании и сегодня. Частично это обусловлено старением населения. В последнее десятилетие XX века на рынке появилось большое количество новых фармацевтических препаратов; большинство из них было либо модификациями уже имеющихся лекарств, либо лекарствами для лечения ранее неизлечимых недугов. Это привлекло новые группы потребителей. Кроме того, сейчас для лечения многих заболеваний (например, гипертонии, ревматоидного артрита, язвы желудка) все чаще используются сочетания нескольких лекарств вместо одного.

Постоянный рост уровня расходов на фармацевтическую продукцию привлекал внимание политиков к фармацевтическому рынку в течение многих десятилетий, но особенно сильно – с конца 1980-х годов. Несмотря на ряд инициатив по контролю затрат (например, замораживание цен, снижение цен, замена на дженерики и применение базовых цен), уровень расходов на фармацевтическую продукцию продолжает расти и сегодня.

Уровни цен

В Дании ценообразование на лекарственные средства не контролируется. На рис. 5.4 показаны индексы цен на лекарства в нескольких странах Европы в 2003 году. Для вычисления этих индексов был проанализирован ассортимент датских лекарственных средств, и цены на упаковку лекарства в Дании сравнивались с ценами на такую же упаковку этого лекарства в другой стране, если оно там продавалось. В Дании, Финляндии и Швеции уровень цен на лекарства примерно одинаковый, а в Италии и Норвегии индексы цен оказались ниже. В Исландии, Ирландии, Соединенном Королевстве, Германии и Лихтенштейне цены на одни и те же лекарства выше, чем в Дании.

Методы сдерживания затрат на фармацевтическую продукцию

Одним из инструментов сдерживания роста расходов на фармацевтическую продукцию является замена дженериками. Фармацевты обязаны заменять отпускаемые по рецептам лекарства их наименее дорогостоящими (или, по крайней мере, более дешевыми) дженериками-эквивалентами. Такая замена должна производиться во всех случаях, кроме тех, когда врач, выписавший рецепт, четко не указал, что замена невозможна, или когда пациент отказывается от замены.

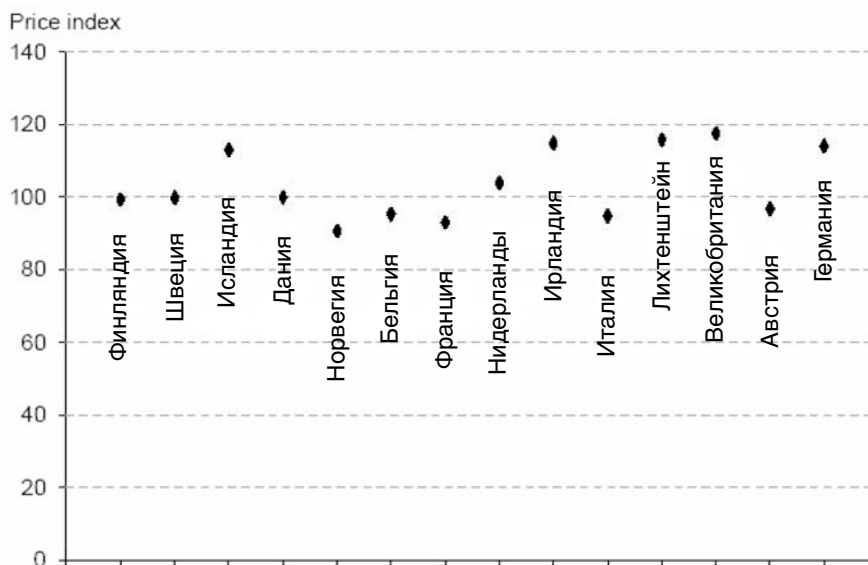
Замена на дженерики обеспечивает сдерживание роста затрат на лекарства одновременно двумя путями: во-первых, с помощью фактической замены на более дешевый дженерик-эквивалент, а во-вторых, путем стимулирования ценовой конкуренции среди взаимозаменяемых лекарств. Замена одного препарата другим возможна в том случае, если эти препараты содержат одинаковое количество одного и того же действующего вещества и если доказана их биологическая эквивалентность и получено соответствующее официальное разрешение на такую замену. В последние годы некоторые важные лекарственные препараты (включая циталопрам, симвастатин, омепразол и фелодипин) лишились своей патентной защиты. Это наряду с практикой замены на дженерики, привело к значительному снижению цен и относительно небольшому увеличению расходов на фармацевтическую продукцию. Другим подходом к контролю расходов на фармацевтическую продукцию стал параллельный импорт лекарств, который практикуется с начала 1990-х годов.

На фармацевтическом рынке Дании имеется большое количество эквивалентов-дженериков и параллельно импортируемых препаратов. Параллельный импорт фармацевтической продукции был разрешен в 1990 году. Дженерики (в том числе марочные (оригинальные) препараты) составляют 10–11% всего фармацевтического рынка. В 2003 году количество упаковок отпускаемых по рецепту лекарств, у которых были дженерики-«конкуренты», составило 27% от общего числа упаковок. В 1999 году этот показатель составлял 23%.

С 1993 года использованию дженериков и параллельно импортируемых лекарственных препаратов способствует система возмещения затрат на лекарства, основанная на базовых ценах на фармацевтическую продукцию. По этой системе возмещение затрат производится на основании средней цены двух наименее дорогостоящих вариантов соответствующего препарата. В 2005 году правила изменились: теперь возмещение производится по наименьшей цене за соответствующий препарат, существующей в странах Евросоюза.

В 1999 году был учрежден Институт рациональной фармакотерапии, в котором врачей стали обучать рациональному назначению медикаментов. Другой задачей этого института является разработка руководств по лечению заболеваний с учетом затрат на медикаменты. В каждой области работают местные группы фармацевтов и врачей общей практики, которые занимаются мониторингом назначений и дают рекомендации врачам общей практики относительно рациональных назначений медикаментов.

Рис. 5.4. Индекс цен на лекарства, 2003 г.



Источник: Jorgensen & Keiding, 2004.

Примечание: Индекс – Дания = 100.

Институт рациональной фармакотерапии занимается также координацией образовательной деятельности, ориентированной на ассоциации местного уровня. В 2003 году институт выпустил национальный фармакологический справочник для лечащих врачей, с помощью которого они могут рационально подобрать необходимую медикаментозную терапию. Медицинские колледжи и Датский колледж врачей общей практики разрабатывают соответствующие практические руководства для врачей различных специальностей.

Задачей Института рациональной фармакотерапии является предоставление объективной информации и практических указаний по рациональному использованию лекарственных препаратов – как с фармакологической, так и с экономической точки зрения. Однако решения о допуске лекарств на рынок принимаются на основании химических, фармацевтических и клинических критериев, а также критериев безопасности, без учета таких факторов, как потребность в этих лекарствах и эффективность затрат на их приобретение. Это означает, что в датском фармацевтическом секторе нет какого бы то ни было перечня лекарственных препаратов первой необходимости;

потребление частично регулируется с помощью системы возмещения затрат на лекарства.

Возмещение затрат на лекарства

В Дании возмещение затрат на приобретение каждого отдельного лекарственного препарата производится на основании его основного показания, однако возмещению подлежат также и препараты, назначаемые по их второстепенным показаниям. Затраты на приобретение некоторых препаратов возмещаются только при наличии определенных заболеваний. Решение о возмещении затрат на лекарственный препарат принимается также с учетом таких факторов, как его лечебный эффект, добавленная стоимость и побочные эффекты. Кроме того, в процессе принятия решения о возмещении затрат производятся сравнения цен и экономические оценки.

Вопросы о возмещении затрат на приобретение каждого фармацевтического продукта решаются в Датском агентстве по лекарственным средствам. Датское агентство по лекарственным средствам, так же как и Национальное управление здравоохранения, является органом, действующим под эгидой Министерства здравоохранения. Оно отвечает за законодательство в отношении лекарственных средств и медицинских приборов, за одобрение новых продуктов, клинические испытания, принимает решения о том, затраты на приобретение каких лекарств подлежат возмещению, а также занимается лицензированием компаний, которые производят и продают фармацевтическую продукцию. Прежде чем принять решение о том, подлежат ли возмещению затраты на приобретение того или иного препарата, Датское агентство по лекарственным средствам консультируется с региональными органами здравоохранения.

Как правило, положительное решение о возмещении затрат принимается в отношении тех лекарств, которые обладают несомненным и важным лечебным эффектом, и когда эти лекарства используются по четким показаниям.

В 2005 году общий объем розничных продаж лекарственных препаратов, затраты на приобретение которых подлежали возмещению, составил 9,3 млн датских крон (Danish Medicines Agency 2006). На приобретение фармацевтической продукции (эти затраты, вообще говоря, не подлежат возмещению) могут быть выделены индивидуальные субсидии, если лечащий врач пациента подаст в Датское агентство по лекарственным средствам соответствующее заявление. В последние

годы государственные издержки на возмещение затрат на лекарства в секторе первичной медико-санитарной помощи неуклонно растут.

В Дании довольно широко распространено добавочное ДМС, покрывающее затраты на лекарства: примерно 1,9 млн датчан (т. е. 29% населения) являются членами Медицинского страхового общества «denmark» – некоммерческой компании взаимного страхования (Health Insurance «denmark» 2007).

Как правило, возмещению подлежат только затраты на лекарства, отпускаемые по рецепту. Лекарства, отпускаемые без рецепта, могут быть включены в перечень возмещаемых, но в этих случаях возмещение затрат предоставляется только пенсионерам и пациентам, страдающим хроническими заболеваниями, требующими постоянного лечения этими препаратами. Кроме того, на такие препараты должен быть выписан рецепт. Но даже если лекарство удовлетворяет критериям, позволяющим отнести его к тем, затраты на приобретение которых подлежат возмещению, определенные свойства этого препарата, характер его использования или конкретный вид его назначения могут привести к тому, что решение о возмещении затрат будет отрицательным.

Какого-то определенного норматива в отношении процентной доли возмещения затрат на лекарства не существует; объем возмещения зависит от годовых расходов пациента на покупку лекарств. С апреля 2005 года объем возмещения рассчитывается в соответствии со стоимостью наименее дорогостоящего дженерика. Пациентам, у которых расходы на лекарства высоки, возмещается больший процент их расходов. С 2006 года в отношении доли возмещения затрат на лекарства были определены следующие категории возмещения: 0, 50, 75 и 85% стоимости лекарств. Если расходы на лекарства не превышают 520 датских крон в год, то они не возмещаются вообще. Если пациент потратил на лекарства более 3900 датских крон, то он может обратиться с заявлением о возмещении ему 100% затрат на лекарства, превышающих эту сумму.

5.2. Трудовые ресурсы

5.2.1. Медицинские кадры: основные тенденции

Работники служб общественного здравоохранения

В Дании в 1980-х годах была создана отдельная медицинская специальность – общественное здравоохранение. Обучение этой специальности стало проводиться по стандартной программе теоретической и

практической подготовки, включающей такие дисциплины, как организация здравоохранения, лечение и профилактика профессиональных заболеваний и социальная медицина. В 1996 году была учреждена первая в Дании программа последиplomного обучения «Магистр общественного здравоохранения», а в 1999 году в Университете Копенгагена была введена пятилетняя программа обучения по специальности «общественное здравоохранение» (прошедшие курс обучения получают степень бакалавра/магистра медицинских наук). Затем, в 2001 году, программу обучения по специальности «общественное здравоохранение» ввел также Университет Южной Дании. Первые выпускники Университета Копенгагена, получившие степень магистра общественного здравоохранения, окончили курс в 2004 году. Магистры общественного здравоохранения имеют право работать в государственных и частных компаниях, занимаясь такими областями деятельности, как планирование здравоохранения, администрирование, а также анализ здравоохранения, развитие, руководство, обучение и научные исследования в области профилактики заболеваний и укрепления здоровья. Частными работодателями для таких специалистов могут стать консалтинговые фирмы, работающие в сфере социального обеспечения и здравоохранения, а также компании, занятые в фармацевтической промышленности. Сюда можно прибавить такие национальные и международные организации, как Датское общество по борьбе с раком, Датский фонд кардиологии, Красный Крест, ВОЗ, ОЭСР и Всемирный банк. Магистры общественного здравоохранения работают также в университетах и институтах, готовящих специалистов с высшим образованием. Датская высшая школа здравоохранения проводит программы обучения на соискание степени доктора медицинских наук по специальности «общественное здравоохранение». Деятельность Высшей школы здравоохранения предполагает сотрудничество 13 организаций, среди которых Университет Копенгагена, Университет Южной Дании, Университет Орхуса, государственные научно-исследовательские институты, клинические отделения больниц, а также частные научно-исследовательские организации. В организационном отношении Высшая школа здравоохранения действует на базе Института общественного здравоохранения при Университете Копенгагена.

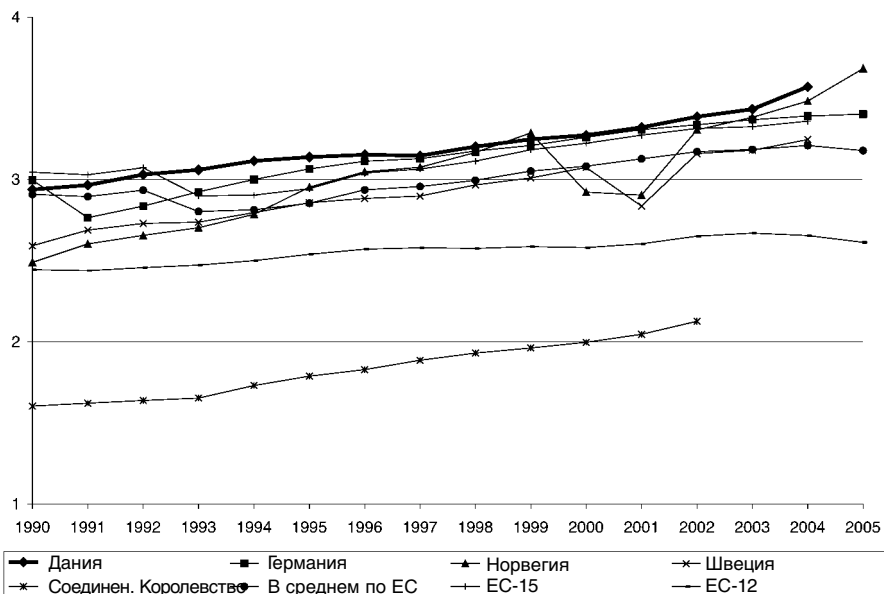
Врачи

В 2003 году в больницах работало примерно 11 000 врачей, что на 600 человек больше, чем в 2001 году. В период с 2000 по 2003 год

численность врачей в стране, работающих в больницах на условиях полной занятости, увеличивалась в среднем на 2,8% в год. Примерно 45% врачей в больницах работают на постоянной основе (Danish Medical Association 2005). Остальные занимают временные должности, пока проходят программу последипломного обучения. Временные должности создаются Национальным управлением здравоохранения в определенных медицинских учреждениях и отделениях больниц в целях распределения молодых врачей по специальностям и географическим районам, в соответствии с потребностями и возможностями. В этом смысле Национальное управление здравоохранения имеет возможность контролировать распределение студентов-медиков по различным специальностям.

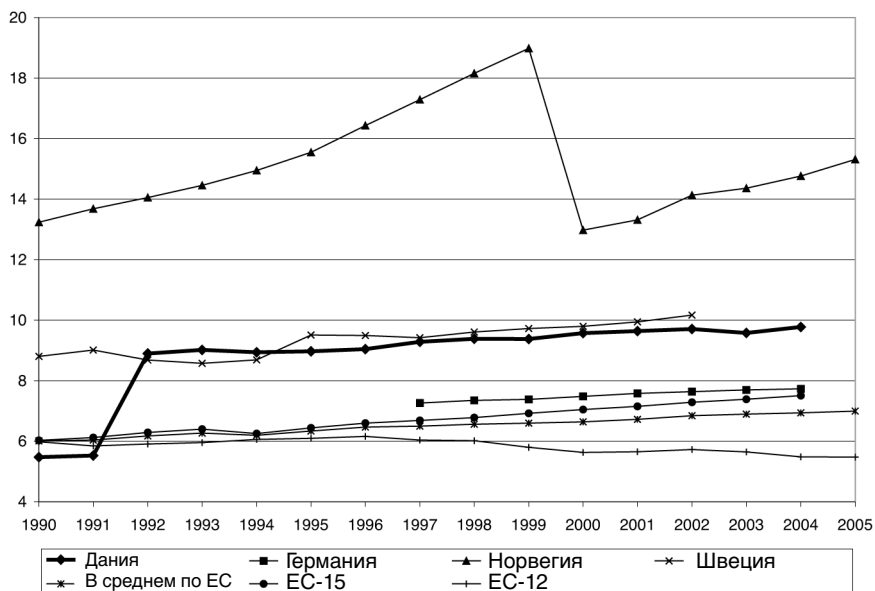
Примерно 3680 врачей являются врачами общей практики. Таким образом, на каждые 1575 жителей страны приходится по одному врачу общей практики. Чтобы привлечь молодых специалистов-медиков

Рис. 5.5. Число врачей на 1000 населения в Дании, некоторых других странах и в среднем по ЕС, 1990–2005 гг.



Источник: WHO, 2007/Европейское региональное бюро ВОЗ, январь 2007 г.
Примечания: ЕС – Европейский союз, ЕС-15 – страны, ставшие членами ЕС до мая 2004 г., ЕС-12 – страны, присоединившиеся к ЕС в мае 2004 г. и январе 2007 г.

Рис. 5.6. Число медсестер на 1000 населения в Дании, некоторых других странах и в среднем по ЕС, 1990–2005 гг.

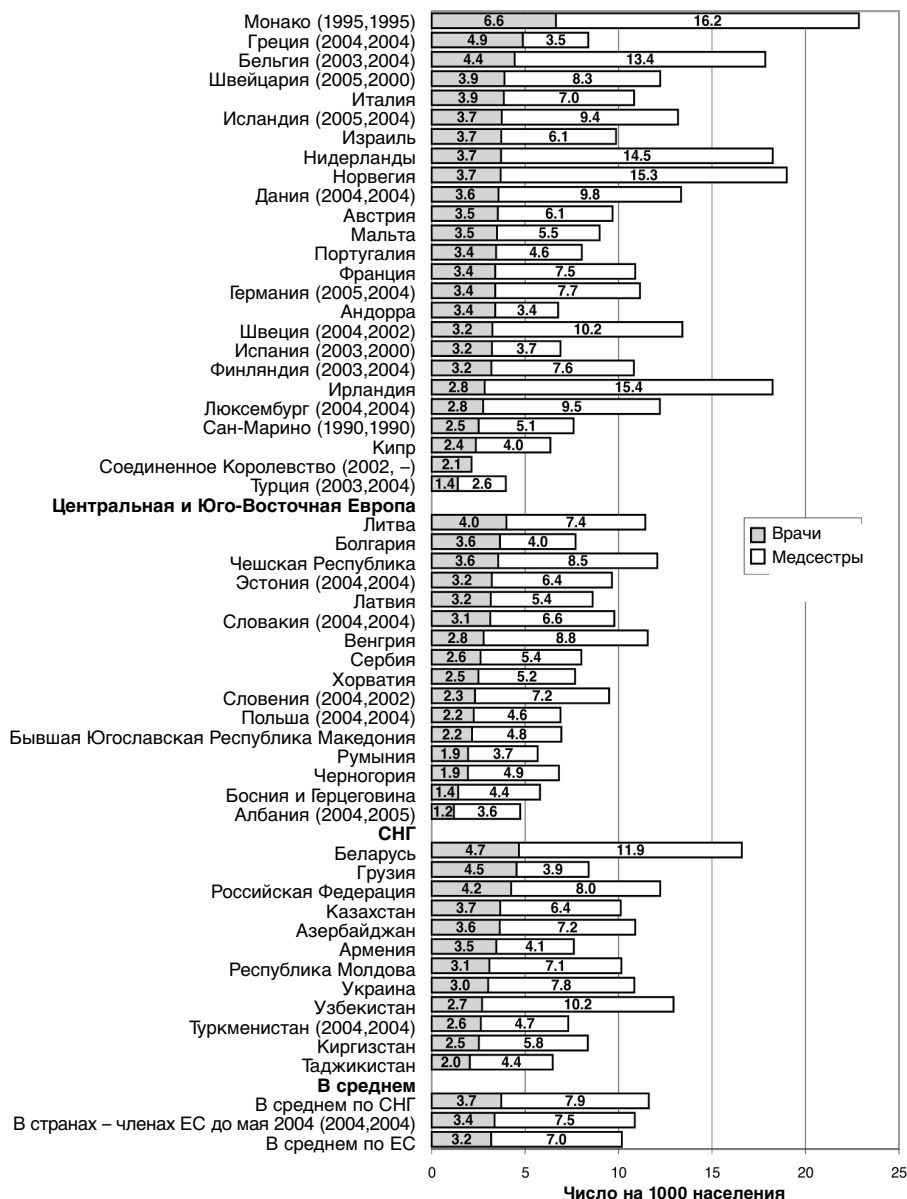


Источник: WHO, 2007/Европейское региональное бюро ВОЗ, январь 2007 г.
Примечания: ЕС – Европейский союз, ЕС-15 – страны, ставшие членами ЕС до мая 2004 г., ЕС-12 – страны, присоединившиеся к ЕС в мае 2004 г. и январе 2007 г.

к работе врачей общей практики, задействуются разные стимулы. В частности, специализация врача общей практики все более широко признается как официальная медицинская специальность, в рамках которой проводится все больше научных исследований; кроме того, врачам общей практики обеспечивается улучшение социально-бытовых и профессиональных условий труда (групповая врачебная практика) и довольно высокий, по сравнению с больничными врачами, доход. Распределение врачей общей практики по территории страны достаточно равномерно, при этом 1387 практикующих врачей-специалистов, работающих на условиях полной занятости, сосредоточены в столице и других крупных городских районах (Danish Medical Association 2005).

Примерно 1100 врачей работают не в клинических учреждениях, а занимаются, на условиях полной занятости, преподавательской или научной деятельностью в государственных и частных организациях,

Рис. 5.7. Число врачей и медсестер на 1000 населения в странах Европейского региона ВОЗ в 2005 г. или по последним имеющимся данным (год указан в скобках)



Источник: WHO, 2007/Европейское региональное бюро ВОЗ, январь 2007 г.
 Примечания: СНГ – Содружество Независимых Государств, ЕС – Европейский союз

а также работают инспекторами общественного здравоохранения. Инспекторы общественного здравоохранения отвечают за мониторинг медико-санитарных условий в своих регионах и оказывают поддержку органам государственной власти на местах, предоставляя им необходимые консультации по вопросам здравоохранения; кроме того, они от имени Национального управления здравоохранения осуществляют надзор за деятельностью медицинских работников.

Число врачей в Дании увеличивается, хотя и не так быстро, как в остальных странах ЕС. Это можно объяснить тем, что в 1970-х и 1980-х годах в Дании был ограниченный доступ к программам обучения по медицинским специальностям (см. рис. 5.5 и 5.7). На момент написания данного обзора проблема набора врачей стала еще более трудной, особенно в сельских районах, расположенных далеко от городских центров.

Медсестры

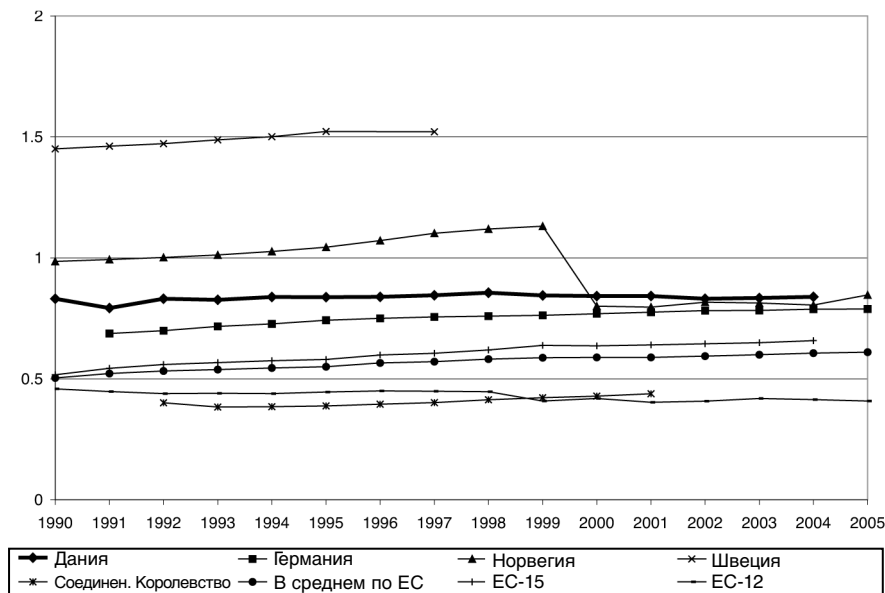
В 2003 году в Дании насчитывалось 59 055 медсестер, что на 6578 человек больше, чем в 1994 году, т. е. за период с 1994 по 2003 год число медсестер выросло на 12,5%. В 2003 году в больницах на условиях полной занятости работала 35 281 медсестра, что на 5666 человек больше, чем в 1994 году. Доля медсестер, работающих в больницах, в 1994–2003 годах постоянно росла. В 2003 году в амбулаторном секторе (т. е. не в больницах) и в секторе социального обеспечения было занято 11 210 сестер, и 4209 работали в домах для престарелых и инвалидов и других организациях (Ministry of the Interior and Health 2005b).

По данным ВОЗ (см. рис. 5.6 и 5.7), число медсестер в Дании сравнительно невелико по сравнению с соседними странами (а именно, Швецией и Норвегией). По данным национальной статистики, в Дании на 100 000 жителей приходится примерно 750 медсестер, в Норвегии же – приблизительно 1440. Однако данное сравнение не так однозначно, поскольку в этих странах действуют разные системы классификации медсестер и других групп персонала, осуществляющего уход за больными.

Стоматологи и вспомогательный зубоврачебный персонал

В 2004 году две трети из 5272 датских врачей-стоматологов занимались частной практикой, а остальные работали муниципальными стоматологами. В 1995–2004 годах число стоматологов в стране

Рис. 5.8. Число стоматологов на 1000 жителей в Дании, некоторых других странах и в среднем по ЕС, 1990–2005 гг.



Источник: WHO, 2007/Европейское региональное бюро ВОЗ, январь 2007 г.
Примечания: ЕС – Европейский союз, ЕС-15 – страны, ставшие членами ЕС до мая 2004 г., ЕС-12 – страны, присоединившиеся к ЕС в мае 2004 г. и январе 2007 г.

несколько уменьшилось (–2,6%) (см. рис. 5.8). В 2004 году работали или присутствовали на рынке труда 1537 человек из числа вспомогательного зубоврачебного персонала, что на 47,9% больше, чем в 1995 году. В настоящее время вспомогательный зубоврачебный персонал выполняет некоторые задачи, которыми раньше занимались только врачи-стоматологи (Ministry of the Interior and Health 2006).

Психологи

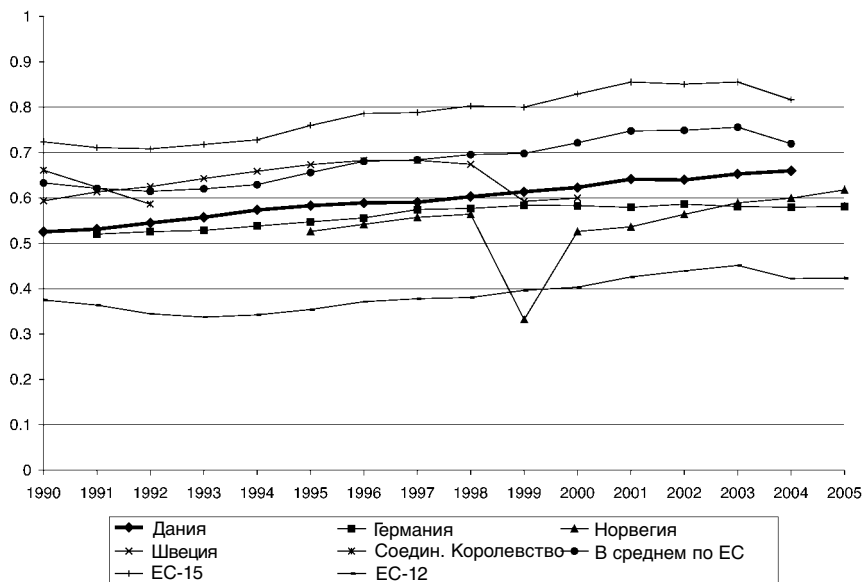
С 1993 года психологи стали получать от бывшего Министерства социального обеспечения государственные лицензии на профессиональную деятельность, и был учрежден специальный комитет по оценке их квалификации. Такая лицензия давала частнопрактикующим психологам право на получение возмещения от государства за свои услуги, если к ним на консультацию направляли пациентов,

страдающих психическими расстройствами, связанными с серьезными заболеваниями, пережитым насилием, попыткой суицида, тяжелой утратой и т. п. В 2004 году в Датской ассоциации психологов состояло 7315 членов, из которых 6064 были дипломированными психологами, а остальные – студентами (Danish Association of Psychologists 2005).

Физиотерапевты, хиропрактики, фармацевты и акушерки

Физиотерапевты либо занимаются частной практикой и получают частичное возмещение за свои услуги от областных администраций, либо работают как государственные служащие в больницах и других учреждениях общественного здравоохранения. В 2004 году работали или присутствовали на рынке труда 7580 физиотерапевтов, что на

Рис. 5.9. Число фармацевтов на 1000 жителей в Дании, некоторых других странах и в среднем по ЕС, 1990–2005 г.г.



Источник: WHO, 2007/Европейское региональное бюро ВОЗ, январь 2007 г.
Примечания: ЕС – Европейский союз, ЕС-15 – страны, ставшие членами ЕС до мая 2004 г., ЕС-12 – страны, присоединившиеся к ЕС в мае 2004 г. и январе 2007 г.

Таблица 5.4. Медицинский персонал на 1000 населения, 1980–2003 гг.

	1980	1985	1990	1995	2000	2001	2002	2003
Работающие врачи ^а	1,8	2,3	2,5	2,6	2,8	2,8	2,9	3,0
Работающие медсестры ^б	4,9	6,2	5,7	6,4	6,9	7,0	7,1	7,0
Работающие стоматологи	0,8	0,8	0,8	0,8	0,8	0,8	0,8	0,8
Работающие фармацевты	0,3	–	–	0,5	0,5	0,5	0,5	–
Работающие акушерки	0,1	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2

Источник: WHO, 2005/Европейское региональное бюро ВОЗ, 2005 г.

Примечания: ^а – число врачей на конец года включает всех работающих врачей, занятых в секторе здравоохранения (государственном или частном), в том числе в учреждениях здравоохранения, действующих под эгидой других министерств, помимо Министерства здравоохранения. Сюда включены также интерны и врачи-ординаторы (т. е. медики, проходящие последипломное обучение). В число врачей не вошли: врачи, работающие вне территории страны; врачи, вышедшие на пенсию и не практикующие или не работающие; врачи, работающие не в учреждениях здравоохранения (например, в промышленности, в НИИ и т. п.); стоматологи, которые выделены в отдельную группу;

^б – в число медсестер включены: дипломированные медсестры; медсестры первой и второй категорий; фельдшеры; акушерки; медсестры-специалисты. Не включены: вспомогательный средний медицинский персонал и другой персонал, не имеющий официального медсестринского образования.

48,9% больше, чем в 1995 году. (Ministry of the Interior and Health 2006). Ассоциация физиотерапевтов Дании насчитывает примерно 8 тысяч членов (по данным 2005 г.), что на 1000 человек больше, чем в 2001 году (Association of Danish Physiotherapists 2005).

Хиropрактики получают государственные лицензии на профессиональную деятельность с 1992 года. Главным образом они работают как лица свободной профессии в секторе первичной медико-санитарной помощи, однако в последние пару лет их стали принимать на работу в больницах в качестве консультантов. Члены Датской ассоциации хиропрактиков могут также получать частичное возмещение за свои услуги от областных администраций. В 2004 году работали или присутствовали на рынке труда 380 хиропрактиков, что на 43,4% больше, чем в 1995 году (Ministry of the Interior and Health 2006). В Датской ассоциации хиропрактиков насчитывается 507 членов (по данным 2005 г.), тогда как в 2001 году их было всего 337 (Danish Chiropractors' Association 2005).

Большинство фармацевтов работает в частных аптеках, функционирующих под строгим контролем государства. В 2004 году в стране насчитывалось 3574 фармацевта (см. рис. 5.9). По сравнению с 1995 годом их количество возросло на 17,4% (Ministry of the Interior and Health 2006) (см. раздел 6.5 «Фармацевтическая помощь»).

Акушерки в Дании в основном работают в родовых отделениях больниц, а также в децентрализованных гинекологических отделениях поликлиник. В 2004 году в стране было 1463 акушерки (в 1995 году – 1095) (Ministry of the Interior and Health 2006).

В 2004 году численность медицинских кадров в Дании составляла 122651 человек, что на 17000 человек больше, чем в 1995 году, т. е. число медицинских работников возросло за этот период на 16%. В табл. 5.4 приведены дополнительные сведения о численности медицинского персонала в стране начиная с 1980 года. В 2004 года в датских больницах на условиях полной занятости работали 86 914 человек, в 1995 году – 83 691 человек. Примерно 80% имели официальное образование в области здравоохранения. Наиболее многочисленную группу составляют медсестры – они представляют 35% всего медперсонала, а врачи – 13%. За период 2001–2004 годов увеличение численности медицинского персонала, работающего на условиях полной занятости, составило 1,8% (Ministry of the Interior and Health 2006).

5.2.2. Планирование кадровых ресурсов

Поскольку спрогнозировать потребность в медицинских кадрах довольно трудно, то среди врачей периоды безработицы чередуются в Дании с периодами дефицита кадров. В 1960-х и 1970-х годах число врачей резко возросло вследствие увеличения численности студентов-медиков. Это привело к временной безработице среди врачей в 1980-х годах, хотя расширение сектора здравоохранения и сокращение рабочего дня позволяло обеспечить работой большинство врачей. В настоящее время в стране не хватает медсестер и врачей, особенно в сельских районах, что вынуждает некоторые области приглашать на работу медиков из соседних стран. Чтобы справиться с нехваткой медицинских кадров, процедуру выдачи лицензий на медицинскую практику врачам, которые родились или выросли не в Дании (т. е. не принадлежащих к коренному населению), сделали более быстрой и эффективной. В 2002 и 2003 годах разрешение на занятия медицинской практикой получили 215 врачей не из числа

коренного населения. Вместе с тем увеличивается набор в учебные заведения студентов-медиков, что в свою очередь вызывает беспокойство в связи с возможностями датской системы здравоохранения обеспечить будущим специалистам в ближайшие годы достаточное количество должностей на период их последипломного обучения. В 1990-х годах прием студентов на медицинские специальности расширялся. В 2003 году число зачисленных в учебные заведения студентов-медиков составляло 1139 человек, что соответствует увеличению в среднем на 3,3% в год в период с 1995 по 2003 год. Кроме того, ожидается, что в период с 2000 по 2025 год общая численность дипломированных врачей во всей системе здравоохранения Дании вырастет на 18% (Ministry of the Interior and Health 2004b).

В настоящее время наиболее серьезной проблемой датского сектора здравоохранения является нехватка сестринского персонала. Главным образом эта ситуация обусловлена низкими зарплатами и большой нагрузкой медсестер. Однако эта тенденция меняется, и количество студентов, обучающихся медсестринскому делу, увеличилось с 2334 человек в 2001 году до 2565 человек в 2002 году (Ministry of Education 2005a).

В 2003 году на обучение на стоматологическом отделении было принято 163 студента – примерно столько же, сколько и в 2002 году. В 2002 году безработными были всего 37 стоматологов. В 2002 году обучение по специальности «помощник стоматолога» проходили всего 142 человека (в 2001 году – 153), при этом безработными из числа вспомогательного зубоврачебного персонала были только 33 человека (National Board of Health 2005a).

В табл. 5.5 приведены данные о приеме в 2001 и 2002 годах на обучение по следующим специальностям: фармацевт, психолог, физиотерапевт, хиропрактик и акушерка. По всем пяти специальностям количество студентов, принятых на обучение, было относительно стабильным.

Государство может в некотором смысле контролировать приток медицинских кадров, поскольку подготовка лицензированных работников здравоохранения (за некоторыми исключениями) проводится в государственных учебных заведениях. Это касается всех специальностей, кроме медсестринского дела. Государство имеет возможность влиять на подготовку медицинских кадров, определяя содержание учебных программ. У Национального управления здравоохранения особенно широкие возможности по части последипломной подготовки медиков. Государство также принимает решения о том, какие специалисты должны получать оплату за свои услуги от областных

администраций. В этой области существуют определенные квоты – например, для физиотерапевтов, – и для того, чтобы приобрести практику, врачу необходимо получить от Национального управления здравоохранения разрешение на работу врачом общей практики, а также лицензию от областной администрации. При этом стоматолог может открыть практику где угодно, по своему выбору, но все равно получать возмещение от областной администрации.

Таблица 5.5. Прием студентов на обучение медицинским специальностям в 2001 и 2002 гг.

Образование	2001	2002
Фармацевты	204	213
Психологи	452	461
Физиотерапевты	609	642
Хирургии	50	53
Акушерки	90	102

Источник: Ministry of Education, 2005.

5.2.3. Подготовка медицинских кадров

Подготовка медицинских кадров производится централизованно под руководством Министерства науки, технологий и инноваций и ряда таких органов, как Совет по подготовке медицинских кадров и Совет по подготовке работников здравоохранения и социального обеспечения, которые работают в сотрудничестве с Министерством здравоохранения, Национальным советом здравоохранения и другими организациями. За дальнейшую подготовку медицинских работников в секторе здравоохранения несет ответственность Министерство здравоохранения, при этом предмет, содержание и объем курса обучения зависят от конкретных потребностей сектора здравоохранения.

Преддипломное обучение медики проходят на медицинских факультетах Университета Копенгагена, Университета Орхуса и Университета Южной Дании. Программа обучения рассчитана на

шесть лет. Обучение производится на базе этих трех университетов и различных больниц. После сдачи всех экзаменов выпускники должны пройти полуторагодичную клиническую подготовку, после чего могут получить разрешение на самостоятельную медицинскую практику. Во время клинической подготовки выпускники по шесть месяцев работают в терапевтических и хирургических отделениях больниц и еще шесть месяцев – как врачи общей практики. С 2008 года, в результате реформы медицинского образования, срок клинической подготовки сократится до одного года.

Содержание программ последиplomного обучения для выпускников медицинских специальностей, в том числе для врачей общей практики, определяется Министерством здравоохранения по согласованию с Национальным управлением здравоохранения и Национальным советом по последиplomному образованию врачей, который в 2001 году заменил бывший Датский совет по подготовке кадров по медицинским специальностям. В Национальный совет входят представители областей, профессиональных ассоциаций и коллегий, университетов и региональных советов по последиplomному образованию врачей. Эти советы отвечают за региональное планирование и координацию клинической подготовки врачей. Национальный совет дает рекомендации относительно количества и видов медицинских специальностей, числа студентов, которые должны быть допущены к прохождению последиplomного обучения, распределения студентов по различным специальностям, продолжительности и содержанию последиplomного обучения, а также по программам международного сотрудничества. На момент написания данного обзора в Дании было 37 медицинских специальностей (в 2001 году – 42). Каждая специальность имеет свои требования и цели, включая практическую подготовку на базе клиник и больниц и в процессе занятий общей врачебной практикой. Курсы обучения проводят также медицинские колледжи и Национальное управление здравоохранения. Поскольку качество клинической подготовки, в особенности в области хирургии, подвергалось серьезной критике, Национальное управление здравоохранения организовало систему инспекций подготовки медицинских кадров, которая включает консультирование и надзор за деятельностью отделений, отвечающих за подготовку специалистов (Ministry of Education 2005b).

Базовый курс обучения медсестринскому делу занимает 3,5 года, а их подготовка проводится в государственных учебных заведениях в сотрудничестве с больницами. При подготовке медсестер теоретическое

образование чередуется с клинической практикой. Клиническая практика проводится на базе больниц и муниципалитетов. В целях организации обучения основам медсестринского дела будущих работников больниц и домов для престарелых и инвалидов было организовано два укороченных теоретических учебных курса для «медико-социальных помощников» (14 месяцев) и «медико-социальных ассистентов»¹ (дополнительные 18 месяцев).

В центрах повышения квалификации (ЦПК) проводится ряд программ подготовки для медицинских работников среднего звена по таким специальностям, как медсестринское дело, акушерство, физиотерапия. В ЦПК можно пройти обучение по базовому курсу, по дополнительной программе специальной подготовки, по курсу повышения квалификации, а также по курсу обучения научно-исследовательской работе, который стал обязательным в каждом ЦПК. Главными задачами проводимых в ЦПК программ обучения в области медицины и здравоохранения является подготовка лиц со средним образованием к получению ими степени бакалавра или специального образования, а также дальнейшее обучение и подготовка дипломированных специалистов в сфере здравоохранения (University College Oresund 2005).

¹ Программа подготовки медико-социальных помощников (*social and health service helper*) предусматривает получение учащимися базовых знаний и навыков для оказания практической повседневной помощи нуждающемуся в ней человеку или семье. Закончившие курс получают необходимую подготовку, позволяющую помогать людям и поддерживать их, побуждая их стремление к личной самостоятельности и ведению нормального образа жизни. Цель этой программы – дать учащимся базовую подготовку для самостоятельного выполнения заданий и элементарных поручений в области социального обеспечения, медсестринского дела и повседневного ухода в секторе социального обеспечения и здравоохранения.

Цель программы подготовки медико-социальных ассистентов (*social and health service assistant*) – дать учащимся базовые знания и навыки для оценки потребностей и самостоятельной организации и выполнения сложных поручений в области ухода, социального обеспечения и оздоровительных мероприятий, включая стимулирование физических, интеллектуальных и творческих потребностей отдельного человека или группы людей. Кроме того, закончившие курс получают необходимую подготовку для самостоятельной оценки потребностей, а также планирования, выполнения и оценки основных поручений в области социального обеспечения, медсестринского дела и повседневного ухода в секторе социального обеспечения и здравоохранения. Наконец, программа позволит учащимся брать на себя ответственность за выполнение соответствующих поручений. – *Прим. пер.*

В 2000 году вышел новый закон о подготовке медицинских работников среднего звена, в соответствии с этим для подготовки специалистов в институтах и университетах был введен уровень бакалавра и соответствующее звание «бакалавр». Цель этого закона состояла в том, чтобы установить единую структуру образовательных программ для медицинских работников среднего звена и улучшить качество образования медицинских кадров путем повышения их профессионального уровня и более четкого определения того места, которое занимает подготовка медицинских работников среднего звена в общей системе подготовки медицинских кадров. В настоящее время получить звание бакалавра могут только медсестры и физиотерапевты (Ministry of Education 2005b).

В последние годы увеличилось количество образовательных программ в области здравоохранения, ведущих к получению степени магистра. К таким программам относятся, в частности, «Магистр в области общественного здравоохранения», «Магистр в области международного здравоохранения», «Магистр в области промышленной медицины», «Магистр медицинской педагогики» и «Магистр в области реабилитационной медицины». Эти образовательные программы проводятся в университетах Копенгагена, Орхуса, Южной Дании и Датском педагогическом университете. Было также разработано несколько учебных курсов в области управления и организации здравоохранения. К ним, в частности, относятся, «Магистр государственного управления», «Магистр делового администрирования» и «Магистр административно-хозяйственного управления медицинскими учреждениями». Эти курсы преподают в Университете Альборга и бизнес-школе Копенгагена.

Стоматологи и вспомогательный зубовой персонал проходят обучение на медицинских факультетах университетов Копенгагена и Орхуса. Программа преддипломного обучения для стоматологов длится пять лет, а вспомогательный зубовой персонал учится два с половиной года. Фармацевты и психологи проходят обучение в университетах.

5.2.4. Регистрация и лицензирование

Национальное управление здравоохранения ведет регистр дипломированных практикующих врачей и другого медицинского персонала и осуществляет надзор за их деятельностью. Оно отвечает за выдачу

и, в случае необходимости, аннулирование лицензий на медицинскую практику. В соответствии с принятым центральным правительством Законом о лицензировании медицинских работников и медицинской деятельности Национальное управление здравоохранения занимается решением вопросов, связанных с аннулированием лицензий и ограничением деятельности медицинских работников. В этом законе говорится о том, что дипломированный медицинский работник может быть лишен лицензии или его деятельность может быть ограничена, если он совершает поступки, сопряженные с неоправданным риском для здоровья пациента, или проявляет в своей профессиональной деятельности серьезные или неоднократные нарушения, чреватые опасностью для здоровья пациента (см. пункт 3.1.2). Решение об окончательном лишении лицензии принимает суд. Система лицензирования, с одной стороны, помогает защитить медицинские профессии, а с другой – обеспечивает обществу и ответственным органам здравоохранения уверенность в том, что медицинские работники обладают соответствующей минимальной квалификацией. Кроме того, с помощью регулирования в сфере образования можно в некоторой степени контролировать количество лицензированных медицинских работников различных категорий и специальностей. В последние годы Национальное управление здравоохранения выдает разрешения (лицензии) на медицинскую практику все большему числу категорий медицинских работников. К таким категориям относятся: врачи, медсестры, стоматологи, вспомогательный зубоврачебный персонал, зубные техники, физиотерапевты, хиропрактики, акушерки, протезисты/техники-ортопеды, рентгенологи, оптики и оптометристы, занимающиеся подбором контактных линз, врачи-диетологи, специалисты по профзаболеваниям, медицинские техники-лаборанты и специалисты по заболеваниям стоп.

В целях контроля затрат областные администрации ограничивают число врачей общей практики, имеющих право на получение оплаты за свои услуги из областных бюджетов. Вопрос о числе врачей общей практики на 1000 населения обсуждается между областными администрациями и Ассоциацией врачей общей практики.

Обучение медсестер в Дании производится в соответствии со стандартами ЕС, при этом действует принцип взаимного признания дипломов медсестер. Эти стандарты нацелены на то, чтобы все медсестры, получающие образование в странах ЕС, обладали определенным уровнем знаний и соответствующей квалификацией в

области общей медицины, хирургии, психиатрии, педиатрии и родо-вспоможения, а также ухода за престарелыми и пациентами на дому. Заявление о выдаче лицензии обычно подается в той стране, где медсестра планирует работать.

Медсестринское образование было сделано интернациональным, для того чтобы обеспечить соблюдение стандартов в области высшего образования, установленных в рамках Болонского процесса. В школах медсестер сейчас проводится больше учебных курсов на английском языке, а у учащихся появилась возможность пройти некоторые курсы обучения за границей. В школах медсестер в Дании также обучаются студенты по обмену, причем если раньше большинство иностранных студентов приезжало из стран Северной Европы, то в последнее время увеличился приток студентов из других стран, например из Китая. Однако число иностранных студентов, проходящих в Дании полный курс обучения, ограничен, поскольку обязательным требованием является знание датского языка. Предпринимаются усилия, направленные на то, чтобы организовать полный курс обучения медсестринскому делу на английском языке для китайских студентов, но пока по-английски преподают только некоторые образовательные модули или один полный семестр. Однако все эти изменения едва ли приведут к тому, что в обозримом будущем в Дании резко возрастет число иностранных студентов, проходящих полный курс обучения.

Во время написания данного обзора разрабатывался проект ЕС «Настройка образовательных структур в Европе». Целями этого проекта являются повышение прозрачности и взаимопонимания в области медсестринского образования в странах-участницах, а также повышение квалификации и мобильности медсестер. Данный проект не ставит своей целью гармонизацию медсестринского образования в странах Европы.

Уже в 1980-х годах стало ясно, что в датском секторе здравоохранения имеет место нехватка квалифицированных кадров в области управления и общественного здравоохранения. В этой связи органы здравоохранения нанимают на работу все большее число экономистов, профессиональных менеджеров и юристов. Кроме того, в органы здравоохранения приходит больше медицинских работников, прошедших курс последипломого обучения в области менеджмента, что, вероятно, стало отражением тенденции к снижению авторитета медицинской профессии. Эта тенденция подвергается критике со стороны многих медиков, которые утверждают, что в результате

Обзор системы здравоохранения

на первый план выходит не качество медицинского обслуживания, а экономические и управленческие показатели. Уровень административных расходов в датской системе здравоохранения достаточно умеренный по сравнению с системами здравоохранения, основанными на ДМС или других, более сложных схемах организации здравоохранения.

6. Предоставление медицинских услуг

6.1. Общественное здравоохранение

Службы общественного здравоохранения частично интегрированы в лечебные учреждения, но иногда организованы и как отдельные службы, функционирующие под управлением специализированных организаций. Основная ответственность по надзору и контролю за инфекционными болезнями лежит на инспекторах общественного здравоохранения, которые считаются наемными служащими Министерства здравоохранения. Инспекторы общественного здравоохранения работают на региональном уровне, и в случае выявления определенных инфекционных болезней их следует обязательно поставить об этом в известность. Врачи общей практики, лечащие пациентов от инфекционных болезней, обязаны сообщать о случаях заболеваний инспекторам общественного здравоохранения. Инспекторы общественного здравоохранения отвечают также за организацию индивидуальных и общественных мероприятий по контролю инфекционных болезней. И хотя их функции в основном ограничиваются рекомендациями, они обладают необходимыми полномочиями, чтобы не допустить детей, больных инфекционными болезнями, в детские учреждения и даже закрыть эти учреждения, чтобы предотвратить распространение инфекции. Другие меры по предотвращению эпидемий входят в обязанности специальных региональных комиссий по эпидемиологическому контролю или, в случае возникновения пищевых отравлений, местных органов пищевого санитарного контроля. Данные об иммунизации населения и о национальных программах вакцинации содержатся в разделе 1.5 «Состояние здоровья населения».

В школах детям преподают основы сексуального образования, в том числе учат пользоваться контрацептивами. Сексуальное воспитание – элемент общей программы школьного образования. Зачастую в этот курс входит посещение специальной клиники по планированию семьи. Начиная с 1973 года все женщины имеют право бесплатно прервать беременность на сроке до 12 недель.

Все беременные женщины имеют доступ к услугам дородового наблюдения, которые предоставляются врачами общей практики, акушерками и акушерами-гинекологами в родильных отделениях больниц. Коэффициент использования этих услуг в целом очень высок, хотя в этой области были выявлены некоторые социальные и этнические различия. Коэффициент использования услуг дородового наблюдения оказался ниже среди лиц из более низких социальных слоев и среди иммигрантов. Женщина по желанию может рожать как дома, так и в родильном отделении больницы (бесплатно). Почти 99% родов происходит в условиях стационара.

В 1986 году Национальное управление здравоохранения выпустило рекомендации по проведению обследования женщин (скрининга) на предмет выявления рака шейки матки. Во время написания данного обзора эти рекомендации тоже проводились в жизнь. В 2001 году данной программой было охвачено 94% датчанок в возрасте 25–59 лет. Национальное управление здравоохранения рекомендует также проведение систематического обследования всех женщин в возрасте 50–69 лет на предмет выявления рака молочной железы (маммография), но это делается только в некоторых частях страны. Других всеобщих национальных программ обследования населения не проводится, однако ряд программ действует на местном уровне – например, в порядке эксперимента ведется программа скрининга рака толстой кишки.

Одним из ключевых принципов политики Дании в области борьбы со СПИДом является то, что профилактика должна проводиться без каких бы то ни было обязательных мер, и если необходимо, то на условиях анонимности. Реализация программ по борьбе со СПИДом предполагает тесное сотрудничество между Национальным управлением здравоохранения, областями, муниципалитетами и частными организациями – например, Датской национальной ассоциацией геев и лесбиянок. Основным элементом этой программы – проведение широких информационных кампаний по пропаганде безопасного секса, организация психологической помощи ВИЧ-инфицированным и санитарное просвещение отдельных групп риска. С января 2005 года

в стране действует новая, более эффективная система надзора за ВИЧ-инфекцией, которая называется SOUNDDEX. Эта система кодирует фамилии в последовательность букв или цифр и помогает предотвратить дублирование информации. Это позволяет получить более надежную информацию о заболеваемости ВИЧ и о распространении ВИЧ-инфекции в Дании. В последние годы число инфицированных возросло, что может быть свидетельством того факта, что население страны и особенно группы повышенного риска обращают недостаточно внимания на эту проблему.

Ответственность за борьбу с наркоманией лежит на Национальном управлении здравоохранения, оно занимается разработкой информационных и образовательных материалов и проводит общенациональные кампании по борьбе с наркотиками. Однако более действенными считаются мероприятия, проводимые на местном уровне, и поэтому государство обеспечивает финансовую поддержку местных инициатив, которые реализуют органы здравоохранения, социального обеспечения и образования, а также частные организации. Национальное управление здравоохранения проводит программы подготовки местных кадров, участвующих в мероприятиях по борьбе с наркоманией.

За надзор и контроль за соблюдением норм гигиены труда и техники безопасности отвечает специальный государственный орган – Национальное управление по контролю за соблюдением условий труда, которое дает необходимые рекомендации, устанавливает нормы и стандарты и проводит инспекции рабочих мест.

В 2003 году Национальное управление здравоохранения начало проведение общегосударственной программы по борьбе с ожирением. В 2005–2008 годах на реализацию этой программы было выделено 83 млн датских крон. Кроме того, в 2003 году правительство выступило с программой под названием «За укрепление здоровья детей и подростков» (Ministry of the Interior and Health 2003a).

В стране создана сеть оздоровительных медицинских учреждений, которые являются базой для разработки профилактических мероприятий, связанных с больничным обслуживанием. Силами этой сети разработана стратегия в области здравоохранения, направленная на улучшение здоровья населения. Города Копенгаген и Хорсенс в Ютландии являются участниками программы ВОЗ «Здоровые города».

Силами ряда организаций и учреждений регулярно проводятся проверки соблюдения правил гигиены труда и техники безопасности

на рабочих местах, работы служб продовольственного снабжения, состояния дорог и жилья и т. д. Чаще всего этими проверками занимаются такие организации, как Национальное управление продовольствия, Министерство жилищного строительства и городского развития, Министерство транспорта и энергетики, Министерство охраны окружающей среды и Национальное управление по контролю за соблюдением условий труда. Такие проверки чаще всего являются вторжением в окружающую среду, но они помогают предотвратить заболевания путем снижения рисков для здоровья и обеспечения таких условий, которые не сопряжены с нанесением вреда здоровью граждан.

За последние несколько десятилетий в Дании сформировались неблагоприятные, по сравнению с другими странами – членами ОЭСР, тенденции в отношении средней продолжительности жизни населения (см. раздел 1.5 «Состояние здоровья населения»). В 1993 году эти тенденции стали ключевым вопросом политики в области здравоохранения. И хотя в полной мере объяснить причины этих тенденций не представляется возможным, есть как минимум три фактора, которые можно обозначить в этой связи. В первую очередь, виновником преждевременной смерти является нездоровый образ жизни датчан: очень широкая распространенность курения и потребления алкоголя; очень высококалорийный рацион питания и большое количество потребляемой жирной пищи; недостаток физической активности. Во-вторых, сложившуюся ситуацию можно также объяснить недостатком инвестиций в развитие здравоохранения – например, в методики лечения рака и в технологии реабилитации пациентов с сердечными заболеваниями, – хотя доказательства в поддержку этого утверждения не слишком убедительны. Наконец, свою роль здесь могут играть также социально-экономические факторы, которыми можно объяснить очень низкую продолжительность жизни жителей Копенгагена, а также значительное социально-экономическое неравенство в здоровье и образе жизни, которое оказывает влияние на состояние здоровья населения.

В качестве ответной меры в связи с незначительным увеличением продолжительности жизни датчан правительство в 1999 году приступило к реализации десятилетней национальной целевой программы в области общественного здравоохранения и укрепления здоровья населения. Эта программа имеет много общего с целевой стратегией ВОЗ на XXI век (Ministry of Health 1999). Это уже вторая программа такого характера, и она явилась результатом тесного

сотрудничества между Министерством здравоохранения, другими соответствующими министерствами и специалистами в области общественного здравоохранения, эпидемиологии и профилактики заболеваний. Общей целью этой программы является улучшение общественного здоровья и сокращение социального неравенства в здоровье в Дании. Программа содержит 17 целевых показателей, которые основываются на следующих критериях: они должны затрагивать основные проблемы в области здравоохранения в Дании; должны быть разумные и обоснованные доказательства, касающиеся причин, факторов риска и эффективности вмешательств; должна быть необходимость в наращивании усилий, выходящих за рамки существующих мероприятий. Указанные 17 целевых показателей касаются конкретных факторов риска (в частности, потребления табака и алкоголя, рациона питания, уровня физической активности, ожирения и дорожно-транспортного травматизма), возрастных групп (дети, молодежь, пожилые люди), окружающих условий, способствующих укреплению здоровья (начальные школы, рабочие места, местные сообщества, учреждения здравоохранения), и структурных вопросов (например, межсекторное сотрудничество, научные исследования и образование). Целями данной инициативы являются увеличение средней продолжительности жизни и мужчин, и женщин как минимум на два года и увеличение продолжительности здоровой жизни посредством борьбы с хроническими заболеваниями.

Осенью 2002 года новое правительство начало реализацию программы «За здоровую жизнь 2002–2010». В этой программе сохранены те же важнейшие цели и целевые группы, что и в правительственной Программе в области общественного здравоохранения и укрепления здоровья населения на 1999–2008 годы. Однако в программе «За здоровую жизнь 2002–2010», в отличие от программы на 1999–2008 годы, особое внимание уделяется борьбе с основными предотвращаемыми заболеваниями и нарушениям. Она нацелена также на улучшение качества жизни населения путем организации более систематической работы в области консультирования, поддержки, реабилитации и других мер организации помощи пациентам. Одним из важнейших аспектов этой новой программы является предоставление людям необходимых знаний и инструментов, позволяющих им заниматься укреплением и охраной своего здоровья.

Основное внимание в программе уделяется восьми предотвращаемым заболеваниям и нарушениям: диабету 2-го типа, раку, сердечным заболеваниям, остеопорозу, болезням костно-мышечной системы,

аллергическим заболеваниям, психологическим нарушениям и хроническим обструктивным заболеваниям легких (ХОЗЛ). Целью является восстановление здоровья тех, кто уже болен, чтобы не допустить дальнейшего прогрессирования заболеваний. Важными элементами программы являются профилактика заболеваний и укрепление здоровья, активное участие самого населения, а также консультирование, поддержка и реабилитация пациентов. В данной программе поставлены цели, касающиеся борьбы с каждым из указанных восьми заболеваний, вкратце описаны причины, их вызывающие, возможности по предотвращению и фактическое состояние дел. Эта датская программа отличается от программ других стран Скандинавии тем, что в ней основное внимание уделяется именно поведению самих людей в отношении своего здоровья и в меньшей степени – социальным и структурным факторам, влияющим на здоровье. По сравнению с предыдущими датскими, норвежскими и шведскими программами в этой области, в этой новой датской программе также меньше говорится о политической ответственности за здоровье населения (Vallgarda 2006; Vallgarda 2001; Vallgarda 2007).

В связи с реализацией программы «За здоровую жизнь 2002–2010» был составлен контрольный перечень показателей. Это перечень позволит проводить регулярный мониторинг и регистрацию тенденций, касающихся состояния здоровья населения и поведения людей в отношении здоровья, а также осуществлять мероприятия по укреплению здоровья и профилактике заболеваний. В основу программы легли следующие ключевые показатели:

- средняя продолжительность жизни;
- количество утраченных лет здоровой жизни;
- детская смертность в течение первого года жизни;
- самооценка состояния здоровья;
- социальные различия в смертности населения;
- социальные различия в качестве жизни;
- распространенность заядлых курильщиков среди детей, подростков и взрослых;
- доля населения, злоупотребляющего алкоголем (т. е. потребляющего более рекомендованной недельной нормы алкоголя), среди детей, подростков и взрослых;
- распространенность случаев потребления жиров в количестве, превышающем 40% общего суточного рациона калорийности;

- уровень физической активности в свободное от работы время и на работе среди детей, подростков и взрослых;
- распространенность случаев, когда ИМТ превышает 30, среди детей, подростков и взрослых;
- дорожно-транспортный и бытовой травматизм и травматизм в нерабочее время среди детей, подростков и взрослых;
- серьезные несчастные случаи на производстве, в том числе со смертельным исходом;
- распространенность употребления контролируемых веществ (среди молодежи).

Программа была разработана на базе имеющихся источников. По мере улучшения этих показателей в ходе реализации принятой стратегии в отношении указанных восьми предотвращаемых заболеваний, а также в случае появления более приоритетных целей в области улучшения состояния здоровья населения программа будет соответствующим образом дорабатываться (Ministry of the Interior and Health 2002b).

В результате реформы 2007 года на повестку дня было вынесено большое количество задач в области профилактики заболеваний и укрепления здоровья, реализация которых является обязанностью муниципалитетов. Муниципалитеты отвечают за те виды профилактики, ухода и реабилитации, которые проводятся во внебольничных условиях, и предполагается, что муниципалитеты должны найти какие-то новые решения в области профилактики и ухода – например, организовать в коммунах муниципальные центры здоровья. Муниципальные и региональные администрации по закону обязаны сотрудничать друг с другом в области организации лечения, обучения кадров, профилактики и ухода. В обязательных соглашениях об оказании медицинской помощи должны быть предусмотрены положения, касающиеся методов профилактики заболеваний и реабилитации пациентов, а также необходимых мероприятий, связанных с уходом за выписывающимися из стационаров лицами пожилого возраста.

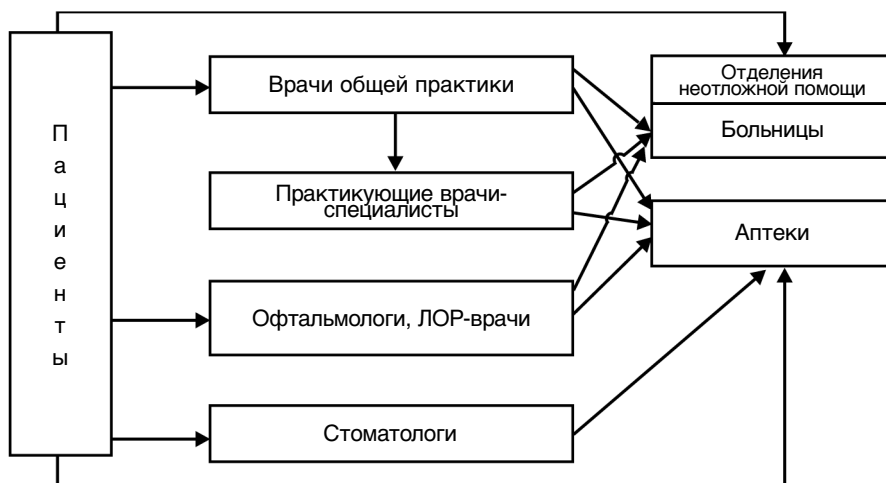
6.2. Маршрут пациента в системе здравоохранения

На рис. 6.1 показан маршрут пациента, охваченного программой медицинского обслуживания «Группа 1», в датской системе здравоохранения. В зависимости от типа необходимого обследования или

лечения пациент может обратиться: (1) к врачу общей практики; (2) к общедоступным врачам-специалистам (офтальмологу, ЛОР-врачу); (3) к стоматологу; (4) в отделение неотложной помощи; (5) в аптеку. Эта схема одинакова по всей стране.

В датской системе здравоохранения пациенты, являющиеся участниками программы медицинского обслуживания «Группа 1», прежде всего должны обращаться к врачу общей практики, который выполняет роль «привратника» (диспетчера) на пути пациента к врачам-специалистам или к учреждениям специализированной медицинской помощи (см. пункт 2.5.2 «Правовой статус и возможности пациентов»). Это означает, что пациенты, которым нужна медицинская помощь, как правило, сначала идут на консультацию к своему врачу общей практики, который обязан обеспечить, чтобы им было предоставлено соответствующее лечение и чтобы уровень специализации этого лечения был не выше необходимого. Обычно для обследования и лечения в стационаре пациенту необходимо получить направление от врача общей практики – за исключением случаев, когда пациент пострадал в результате несчастного случая или у него острое состояние. Направление на лечение у врача-специалиста также должен дать врач общей практики. В датской системе здравоохранения рецепты на лекарства выписывают врачи общей

Рис. 6.1. Маршрут пациента из «Группы 1» в официальной системе здравоохранения



Источник: Схема составлена авторами обзора.

практики и врачи-специалисты. Прописанные лекарства можно купить в аптеке.

При наличии направления пациент имеет возможность выбрать любую государственную больницу в Дании – при условии, что там предоставляется необходимое ему лечение и уровень специализации этого лечения соответствует тому, который считает нужным тот врач, который выписал направление.

Такая схема соответствует Закону о свободном выборе пациентом медицинского учреждения (Law on Health of 2005) (см. пункт 2.5.2 «Правовой статус и возможности пациентов»). Врач общей практики, исходя из имеющейся у него информации (срок ожидания плановой медицинской помощи, качество медицинского обслуживания, особые потребности), может дать пациенту совет, в какую именно больницу ему лучше обратиться. Пациент может также обратиться в платную больницу, но тогда государство не возместит ему стоимость лечения. Некоторые приобретают полисы ДМС, благодаря которым можно покрыть стоимость этих услуг полностью или частично (см. пункт 4.1.4 «Добровольное медицинское страхование»). Если срок ожидания какого-либо обследования или лечения превышает один месяц, то пациент имеет право обратиться в платную больницу или клинику, а также в медицинское учреждение за границей. Необходимым условием, позволяющим пациенту реализовать свое право расширенного выбора медицинского учреждения, является наличие у этого учреждения соответствующего соглашения с областной администрацией. Связанные с этим расходы также оплачиваются из областного бюджета. Если пациенту необходима хирургическая операция, то определяется соответствующая программа реабилитации и производится оценка потребности в дополнительном медицинском уходе на дому в послеоперационный период. Если врачом общей практики или стационаром пациенту назначена программа реабилитации или установлена необходимость медицинской помощи на дому, то муниципалитет организует такую помощь бесплатно. Врачи общей практики должны получать из больницы выписной эпикриз каждого пациента и несут ответственность за последующее наблюдение пациентов, выписавшихся из больницы, – например, выдают направления на физиотерапию. Наконец, после выписки пациенты часто приходят в больницу для контрольного обследования, чтобы проверить результаты лечения.

Помимо выдачи направлений к врачам-специалистам или в стационар, врачи общей практики могут направить пациента к

другим сотрудникам здравоохранения, работающим по соглашению о предоставлении медицинской помощи, и организовать для пациента сестринский уход на дому.

Один или два раза в год пациентов вызывают на регулярный осмотр стоматолога; пациент может также записаться на прием в случае необходимости. Стоматологи, оказывающие населению услуги, стоимость которых возмещается из областного бюджета, получают оплату за предоставленные услуги, которая покрывает часть расходов. На необходимые лекарства стоматолог выписывает рецепт, и пациент получает их в аптеке.

Если произошел несчастный случай или у пациента острое состояние, он может без направления обратиться в амбулаторное отделение неотложной помощи – такие отделения часто действуют при больницах. В зависимости от тяжести травмы или заболевания, пациента осматривают, лечат и назначают лекарства или госпитализируют для проведения дополнительного обследования и лечения и/или операции. Если происходит несчастный случай, пациент обязан обратиться в отделение неотложной помощи в течение 24 часов; в противном случае ему нужно будет получить направление от врача общей практики. Отделения неотложной помощи работают круглосуточно, и их услуги бесплатны. Вопрос о необходимости амбулаторных отделений неотложной помощи, куда можно обращаться без направления, часто становится предметом споров; в последние годы некоторые из этих отделений закрыли или изменили их режим работы, так что теперь для обращения в них требуется направление.

Если пациентам нужны лекарства, отпускаемые без рецепта, или если они хотят получить консультацию в связи с небольшими недомоганиями (кашель, мышечные боли и т. п.), то они могут обратиться в аптеку. В остальных случаях необходимо получить рецепт от врача общей практики или от врача-специалиста.

Маршруты пациента в датской системе здравоохранения не всегда обеспечивают оптимальный результат. Так, отсутствие координации в секторах первичной и вторичной медицинской помощи иногда приводит к неоправданным задержкам и затруднениям, что, возможно, негативно сказывается на результатах лечения в целом, особенно для уязвимых групп населения, к которым относятся, например, лица пожилого возраста и больные хроническими заболеваниями. Были выявлены и такие проблемы, как нечеткое распределение ответственности и отсутствие взаимопонимания между поставщиками

медицинских услуг, а также недостаточно хорошая система коммуникации. По мнению пациентов, эти являются следствием фрагментированности системы здравоохранения, в результате чего она оказывается неэффективной с точки зрения обеспечения преемственности и непрерывности в оказании помощи, координации и информационного обмена (Strandberg-Larsen & Krasnik 2006).

В целях оптимизации маршрута пациента была организована Датская программа оценки качества здравоохранения. Эта программа направлена на поддержку более высокого уровня прозрачности и содействие постоянному повышению качества медицинской помощи. Общими целями этой программы являются оптимизация маршрута пациента и обеспечение высокого качества получаемой им медицинской помощи с клинической, профессиональной и организационной точек зрения. Оценка качества работы по этой программе является обязательной и, вообще говоря, касается всех поставщиков медицинских услуг в Дании, финансируемых государством (National Board of Health 2005a).

Частные коммерческие организации также занимаются анализом рынка медицинских услуг. Они дают пациентам рекомендации, предоставляют им необходимую информацию и помогают выбрать оптимальный путь получения медицинских услуг. В настоящее время особое внимание уделяется группам пациентов, страдающих тяжелыми и хроническими заболеваниями (Dagens Medicin 2005).

6.3. Первичная/амбулаторная медико-санитарная помощь

Оказание медицинской помощи в датской системе здравоохранения производится на базе ее трех составных элементов:

- частнопрактикующие (работающие не по найму) врачи – врачи общей практики, врачи-специалисты, физиотерапевты, стоматологи, хиропрактики и фармацевты, работа которых финансируется из областных бюджетов в форме подушевой оплаты и/или оплаты за предоставленные услуги, включая соплатежи пациентов за услуги стоматологов, физиотерапевтов и врачей общей практики, а также за услуги врачей-специалистов, если пациенты обслуживаются по программе «Группа 2»;

- больницы, которые главным образом находятся в ведении областей и финансируются из областных бюджетов (за исключением небольшого числа частных больниц);
- муниципальные службы здравоохранения – дома для престарелых и инвалидов, сестринский уход на дому, патронажные сестры и муниципальные стоматологи, деятельность которых находится в ведении 98 муниципалитетов и финансируется ими же (Vallgarda & Krasnik 2007).

Первичную медико-санитарную помощь в Дании оказывают частнопрактикующие врачи и муниципальные службы (Vallgarda & Krasnik 2007).

Врачи общей практики

Роль врачей общей практики в Дании является ключевой, так как именно с них у пациента начинается контакт с системой здравоохранения, и они выполняют роль «привратника» (диспетчера) на пути пациентов к специализированной медицинской помощи, к врачам-специалистам, физиотерапевтам и т. п. Именно врач общей практики принимает решение о том, в состоянии ли он, с учетом собственного опыта и квалификации и при наличии необходимых технологий, самостоятельно поставить диагноз и вылечить пациента. С 1993 года пациенты, получившие у врача общей практики направление на лечение, имеют право пройти это лечение в любой датской больнице одного уровня специализации. Таким образом, врачи общей практики выполняют важную функцию, давая пациентам совет, в какую больницу им следует обратиться (Vrangbaek 1999). После выдачи направления врачи общей практики уже не могут повлиять на лечение и уход за пациентом, хотя больницы и врачи-специалисты обязаны сообщать им о выбытии пациента.

Норматив численности прикрепленного к врачу общей практики контингента ограничен и определяется путем переговоров между Ассоциацией врачей общей практики, которая входит в Датскую медицинскую ассоциацию, и ассоциацией «Регионы Дании». Более подробная информация о выборе пациентом врача общей практики содержится в пункте 2.5.2 «Правовой статус и возможности пациентов».

Вообще говоря, врачи общей практики занимаются частной практикой – либо индивидуально (так поступают примерно треть из них),

либо вместе с коллегами. На момент написания данного обзора имела место тенденция к сокращению числа врачей, практикующих индивидуально, и увеличению количества групповых практик. Министрство здравоохранения в целом поддерживает эту тенденцию, стремясь укрепить потенциал врачей для командной работы, обучения и улучшения качества обслуживания в секторе первичной медико-санитарной помощи. Однако в некоторых сельских районах эта тенденция привела к тому, что пациентам, чтобы попасть на прием к врачу общей практики, приходится преодолевать довольно большие расстояния. Благодаря такому сотрудничеству врачей и организации групповой практики пациенты, как правило, имеют возможность обращаться к врачам общей практики круглосуточно, что соответствует требованиям органов здравоохранения. Во многих больницах также есть круглосуточные отделения неотложной помощи, хотя в некоторых регионах доступ в эти отделения ограничен и возможен только в тех случаях, когда у пациента есть направление от врача общей практики или если его привезли по неотложной помощи.

Врачи общей практики получают свой доход из областных бюджетов, в соответствии с тарифной шкалой, которая оговаривается между Ассоциацией врачей общей практики и ассоциацией «Регионы Дании». Они сами несут затраты по содержанию своей практики, в том числе помещений (арендованных или собственных) и персонала. Эти затраты обычно учитываются в структуре их гонораров за услуги.

Вознаграждение врачей общей практики складывается из подушевой оплаты (которую они получают без учета поправки на риск), составляющей от одной трети до половины их дохода, и оплаты за предоставленные услуги (консультации, осмотры, операции и т. п.). К платным услугам относятся также оплачиваемые по специальном тарифам консультации во внеурочные часы, консультации по телефону и посещения больных на дому. Более подробная информация о схеме оплаты труда врачей общей практики и о том, как эта схема влияет на их работу, содержится в пункте 4.4.1. Для того чтобы врач общей практики имел возможность получать оплату из средств областного бюджета, у него должно быть заключено соответствующее соглашение с областной администрацией. Областные органы, в качестве меры по сдерживанию затрат, могут ограничить число практикующих врачей общей практики. Количество врачей общей практики в области оговаривается между областной администрацией и Ассоциацией врачей общей практики. По территории страны врачи

распределены достаточно равномерно, и на одного врача общей практики во всех регионах Дании приходится примерно одинаковое количество жителей. В 2003 году на каждого врача общей практики приходилось от 1480 до 1651 жителя (исключение составлял остров Борнхольм, который образует так называемый региональный муниципалитет: там на одного врача общей практики приходилось всего 1332 человека). В этом смысле датской системе здравоохранения удалось добиться, чтобы людям не приходилось далеко добираться до своих врачей общей практики, и обеспечить разумное равенство доступа к их услугам. Однако в последнее время снова стали возникать проблемы с набором врачей, и в ряде регионов, если врач общей практики выходит на пенсию, ему бывает трудно найти замену, особенно в сельской местности.

Врачи-специалисты

Частнопрактикующие врачи-специалисты, заключившие соответствующее соглашение с областными администрациями, также получают оплату из областных бюджетов по установленным тарифам за предоставленные услуги. В 2004 году на условиях полной занятости в стране работали в общей сложности 1387 частнопрактикующих специалистов – это были преимущественно дерматологи, офтальмологи и ЛОР-врачи. В основном они практиковали в Копенгагене и других урбанизированных зонах (Danish Medical Association 2005). Еще 262 врача-специалиста работали на условиях частичной занятости, частным образом; из них большинство были штатными работниками государственных больниц. Небольшой группе консультантов, работающих в государственных больницах, разрешено по три часа в неделю работать в этих больницах, и им платят дополнительный гонорар за предоставляемые услуги из областных бюджетов. Раньше таких консультантов было гораздо больше, но округа стремились сокращать количество соглашений такого рода, чтобы как можно больший объем услуг предоставлялся в условиях больниц и чтобы сократить затраты. Только частной практикой, без областной лицензии, занимается очень небольшое число врачей-специалистов. Поэтому их доходы полностью зависят от прямых платежей пациентов. В Дании нет каких бы то ни было ограничений относительно того, какой объем частной практики может взять на себя врач-специалист, работающий по найму в государственной больнице. Вероятно, это объясняется тем, что такой деятельностью занимается очень мало врачей-специалистов.

Из областных бюджетов производится также частичное возмещение стоимости некоторых услуг физиотерапевтов, частнопрактикующих стоматологов, психологов и хиропрактиков, для которых установлены различные уровни соплатежей пациентов.

Амбулаторные посещения

По данным ВОЗ, число амбулаторных посещений в датских больницах примерно соответствует среднему показателю по ЕС (WHO Regional Office for Europe 2005). По данным национальной статистики, количество посещений поликлиник составляет 0,9 в расчете на одного жителя в год, количество посещений врачей общей практики – 6,5 в расчете на одного жителя в год, а количество посещений специалистов – 0,5 в расчете на одного жителя в год (Danish Medical Association 2005; Dagens Medicin 2005). В последние десятилетия, в результате мероприятий по повышению эффективности пребывания в стационаре, активность амбулаторных посещений возросла. Средняя продолжительность пребывания в стационаре сейчас короче, чем в предыдущие десятилетия, а диагностика и лечение пациентов все чаще производятся на базе поликлиник. Число посещений врачей общей практики и врачей-специалистов также возросло.

Муниципальные службы здравоохранения

Муниципалитеты отвечают за работу домов для престарелых и инвалидов, за организацию сестринского ухода на дому, за работу патронажных сестер и муниципальных стоматологов (детских стоматологов и стоматологическое обслуживание на дому для инвалидов), за медицинское обслуживание в школах, за службу помощи на дому, а также за организацию лечения алкоголизма и наркомании. Специалисты, занимающиеся оказанием этих услуг, получают фиксированную зарплату.

Дома для престарелых и инвалидов относятся к социальным службам. В последние годы их число резко сократилось. Дома для престарелых и инвалидов могут обеспечивать как дневной уход, так и проживание. Благодаря возможности организации дневного ухода, все более широкого распространения сестринского ухода на дому, работе служб социальной помощи на дому и помощи со стороны врачей общей практики многие хронически и неизлечимо больные пациенты могут находиться дома и либо вообще избежать, либо

отложить на какое-то время пребывание в доме престарелых и инвалидов. Служба помощи на дому предназначена для ухода за людьми, которые по состоянию здоровья не могут ухаживать за собой сами (личная гигиена, уборка, питание).

Участковые медицинские сестры навещают детей первого года жизни несколько раз в год, по необходимости. Медицинские сестры и школьные или муниципальные врачи, отвечающие за профилактику детских заболеваний, проводят медицинский осмотр всех детей при поступлении в школу. Кроме того, участковые медицинские сестры раз в год или раз в два года проводят диспансеризацию школьников. Муниципальные стоматологи бесплатно проводят профилактической осмотр и лечение детей и подростков в возрасте до 18 лет, а также лиц с ограниченной дееспособностью.

6.4. Вторичная/стационарная медицинская помощь

Большую часть услуг специализированной и высокоспециализированной медицинской помощи оказывают в больницах общего профиля, которые находятся в ведении областей. Врачи и другие медицинские работники больниц являются наемными служащими и получают фиксированную зарплату. В больницах предусмотрены стационарные и амбулаторные отделения (поликлиники), а также круглосуточно работающие отделения неотложной помощи. В поликлиниках часто производится диагностика и лечение пациентов до или после госпитализации. Правда, в последние годы многие амбулаторные отделения неотложной помощи при больницах были закрыты, и пациентам с не очень серьезными проблемами вместо отделений неотложной помощи предлагается обращаться за внеурочной консультацией к врачу общей практики. Как правило, пациентов, не имеющих направления от врача общей практики или от частнопрактикующего специалиста, принимают на лечение в стационар только в экстренных случаях.

Врачи-специалисты, как и врачи общей практики, работают как частнопрактикующие врачи и получают оплату из областных бюджетов. Но чтобы иметь возможность получать оплату за свои услуги из областного бюджета, им необходимо заключить соответствующее соглашение с областной администрацией. Бесплатный доступ к частнопрактикующему врачу-специалисту, за исключением офтальмолога и ЛОР-врача, возможен только при наличии направления от врача

общей практики. Как и врачи общей практики, врачи-специалисты могут дать пациенту направление в государственную больницу. Медицинскому обслуживанию по программе «Группа 2», предусматривающей другие условия, отдал предпочтение примерно 1% населения (см. пункт 2.5.2 «Правовой статус и возможности пациентов»).

В стране действует несколько частных коммерческих клиник и больниц, куда пациенты могут обратиться без направления и оплатить лечение самостоятельно или по частной медицинской страховке. Иногда областные администрации заключают соглашения на обслуживание с частными больницами; обычно это делается для того, чтобы у областей была возможность обеспечить соблюдение гарантированного срока ожидания плановой медицинской помощи или предоставить пациенту те виды лечения, которые производятся в этих частных больницах. При наличии такого соглашения для пациента услуги этой частной больницы будут бесплатными. В 2003 году число коек в частных больницах составляло 281, и еще было 155 коек в других больницах – также находящихся в частном владении, – где пациенты получали лечение по поводу ревматизма и склероза.

Большинство государственных больниц являются больницами общего профиля различного уровня специализации. Какой-либо официальной классификации больниц по уровню специализации, технологическому оборудованию или выполняемым функциям нет. В стране действует 14 психиатрических больниц и несколько других узкоспециализированных больниц.

Система контрактов используется областными администрациями в ограниченном масштабе. Контракты заключаются либо с государственными больницами своей или другой области, либо с частными больницами. Обычно это контракты на осуществление каких-то специальных видов медицинских вмешательств – например, на проведение плановых операций. Дания – маленькая страна с хорошо развитой транспортной инфраструктурой, поэтому тот факт, что некоторые узкоспециализированные услуги производятся лишь в нескольких больницах, проблемы не представляет.

Одной из целей реформы 2007 года является содействие тому, чтобы муниципалитеты брали на себя больше задач в области профилактики заболеваний и реабилитации пациентов. Медсестры и лица профессий, смежных с медицинскими, предлагают для этой цели создать при муниципалитетах центры охраны здоровья, чтобы население могло обращаться туда в случае незначительных проблем со здоровьем. У этого предложения немало противников, и не в

последнюю очередь – среди лечащих врачей. Тем не менее оно стало частью реформы 2007 года как возможный способ реорганизации медицинского обслуживания населения. Министерство здравоохранения выделило муниципалитетам специальные средства на реализацию пилотных проектов по организации муниципальных центров охраны здоровья.

Начиная с 1940-х годов в стране имеет место тенденция к сокращению продолжительности пребывания в стационаре, что достигается путем организации более эффективного ухода, изменения рутинных методов лечения, улучшения сестринского ухода на дому, а также усовершенствования амбулаторных мероприятий до и после госпитализации. Бывали случаи, когда областная администрация извещала муниципалитет о пациентах, которые готовы к выписке из больницы, но выписать их невозможно, так как муниципалитет не готов обеспечить им необходимую амбулаторную помощь и уход на дому; из-за этого больницы вынуждены были продлевать пребывание пациентов в стационаре на срок более необходимого. С середины 1980-х годов муниципалитеты расширили услуги сестринского ухода на дому и сократили количество домов для престарелых и инвалидов.

Предпринимаются усилия по укреплению сотрудничества между врачами общей практики и больницами. Для этого назначают специальных координаторов, которые работают с отделениями больниц и врачами общей практики. Кроме того, после того, как у пациентов появилась возможность свободного выбора медицинского учреждения, больницы стали более заинтересованы в том, чтобы информировать врачей общей практики о своих услугах и о выписавшихся пациентах.

6.5. Фармацевтическая помощь

Распространение лекарственных средств

Все лекарства, получившие одобрение Датского агентства по лекарственным средствам, могут распространяться через больничные и розничные аптеки. Организация системы распространения лекарственных средств показана на рис. 6.2. В Дании есть три оптовика, занимающихся распространением лекарственных средств по частным аптекам, а также несколько оптовиков, которые занимаются только ветеринарной продукцией. Размеры своей прибыли оптовика

оговаривают индивидуально с производителями или импортерами фармацевтической продукции. Как правило, уровень прибыли определяется конкуренцией.

Розничные аптеки организованы как частные предприятия (т. е. фармацевты – люди свободной профессии), но их деятельность подлежит строгому государственному контролю в части ценообразования и месторасположения. Аптеки организованы таким образом, чтобы обеспечить всему населению справедливый доступ к фармацевтической продукции, даже в сельской местности, где аптечный бизнес может быть неприбыльным. В Дании действует система финансового выравнивания, предусматривающая перераспределение доходов аптек, оборот которых выше среднего, в пользу тех аптек, оборот которых ниже среднего. Фармацевтические услуги населению оказывают владелец аптеки и ее персонал. Персонал состоит из фармацевтов и помощников фармацевтов. В сферу их компетенции входит обработка рецептов, отпуск лекарств и предоставление информации о лекарственных средствах. Владельцы аптек обязаны обеспечить, чтобы их сотрудники обладали необходимым базовым образованием и постоянно повышали свою квалификацию для выполнения своих обязанностей надлежащим образом. Среднее количество наемных служащих в аптеке, работающих на условиях полной занятости (включая владельца), составляет 14,2; в общей сложности в стране насчитывается 578 фармацевтов, 2597 помощников фармацевтов, 456 стажеров и 667 работников других специальностей. В 2005 году число рецептов, обрабатываемых одной аптекой (или аптечным киоском), составляло 167 тысяч; это означает, что в день каждая аптека обрабатывала по 630 рецептов. Число аптек и работающих по найму фармацевтов уменьшается, а количество помощников фармацевтов растет. Количество аптек в Дании с середины 1970-х годов также уменьшалось (Danish Pharmaceutical Association 2006).

Розничные аптеки являются довольно крупными предприятиями; в 2006 году в Дании было 322 аптеки, из них 55 – аптечные киоски. Фармацевтическая продукция может также продаваться в других торговых точках без участия фармацевтов. Аптечные пункты (138) могут обслуживать только помощники фармацевтов. В сельской местности или в районах с низкой плотностью населения лекарства, отпускаемые без рецепта, разрешено продавать в магазинах под надзором аптеки (Danish Pharmaceutical Association 2006).

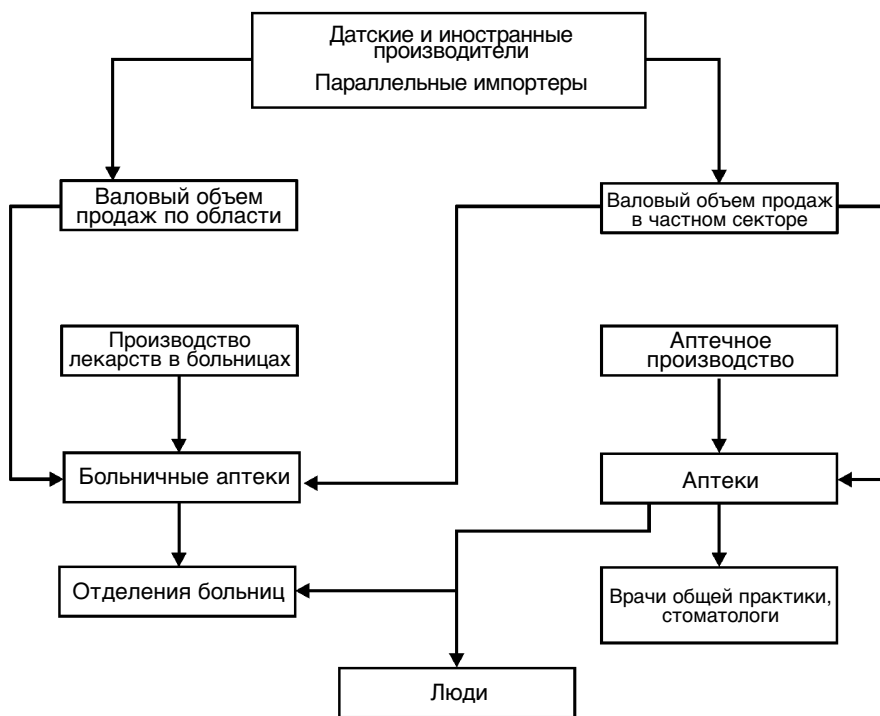
Общая валовая прибыль розничных аптек определяется Министерством здравоохранения и Датской ассоциацией фармацевтов

каждые два года на базе имеющихся показателей и прогнозов. В 2005 году общая валовая прибыль аптек составила 11,4 млрд датских крон, не включая НДС. В среднем общая валовая прибыль одной аптеки равнялась 43 млн датских крон (Danish Pharmaceutical Association 2006).

Во всех розничных аптеках можно получить рекомендации по применению лекарств, по их дозировке, замене на дженерики и по ведению индивидуальных регистров на возмещение стоимости. За исключением самых простых процессов, приготовление фармацевтических препаратов производится централизованно в трех аптеках (Herborg, Sorensen & Frokjaer 2007).

Во многих аптеках посетители имеют возможность измерить свой индекс массы тела, уровень сахара в крови, кровяное давление и уровень холестерина, а в 60% аптек можно получить консультации

Рис. 6.2. Система распространения лекарственных средств, 2006 г.



Источник: информация получена от Эллен Уэст Соренсен (кафедра социальной фармации, Университет Копенгагена), 2006 г.

по поводу ингаляций; при этом возмещению подлежат только услуги, связанные с ингаляциями. Расширение ассортимента услуг в области клинической фармации является одним из приоритетов датских фармацевтических организаций. Профессиональная стратегия заключается в том, чтобы в компетенцию фармации входила частичная ответственность за медикаментозное лечение и безопасность пациентов.

В результате структурной реформы 2007 года ответственность за оказание большей части первичной медико-санитарной помощи была передана от региональных органов власти к местным. Эти изменения могут привести к тому, что розничные аптеки будут оказывать ряд новых услуг. В 2006 году у нескольких местных органов власти были заключены с аптеками предварительные контракты на оказание услуг дома для престарелых и инвалидов.

В Дании ведутся многочисленные исследования в области фармации и фармацевтической помощи. Направления исследований обычно касаются совместной организации услуг здравоохранения, развития и повышения ценности услуг розничных аптек и повышения качества реализации этих услуг (Herborg, Sorensen & Frokjaer 2007).

Больницы могут закупать медикаменты как в частных аптеках, так и в больничных. Примерно 90% продукции больничных аптек покупают сами больницы. Если больница закупает лекарства в частной аптеке, то их розничная цена формируется на основании данных за год, предшествующий закупке. Некоторые больницы установили у себя систему AMGROS для организации электронных тендеров на закупки фармацевтической продукции. Большинство больничных аптек закупает медикаменты через AMGROS – это позволяет им получить более низкие цены за счет больших объемов контрактов.

С октября 2001 года разрешение на торговлю некоторыми лекарствами, отпускаемыми без рецепта, получили также супермаркеты и киоски. Но, несмотря на расширение сети торговых точек, общий объем потребления лекарств, отпускаемых без рецепта, в стране не изменился. Доля аптек в продажах лекарств, отпускаемых без рецепта, в 2005 году составляла приблизительно 90% (Herborg, Sorensen & Frokjaer 2007).

Вопрос о либерализации цен на фармацевтическую продукцию долгое время является предметом конфликта политических интересов и интересов могущественных заинтересованных групп из фармацевтического сектора, которые этот вопрос активно лоббируют.

Но, за исключением незначительной либерализации продаж лекарств, отпускаемых без рецепта, которая произошла в октябре 2001 года, каких-либо дальнейших планов по либерализации фармацевтического сектора в Дании нет.

6.6. Реабилитационная медицинская помощь

В Дании реабилитационным уходом занимаются представители многих секторов. Реабилитация пациентов производится в рамках деятельности секторов здравоохранения, социального обеспечения, производственного и образовательного. При этом каждый из этих секторов занимается различными аспектами реабилитации – например, обучением необходимым навыкам, повышением квалификации и т. д.

Некоторые услуги по реабилитации оказывают в государственных больницах, находящихся в ведении областей. В обязанности муниципалитетов входит организация обучения необходимым навыкам и реабилитации, которые не предлагаются в связи с лечением в стационаре. Несколько частных клиник предлагают такие виды реабилитации пациентов, как физиотерапия, трудотерапия, хиропрактика. В январе 2004 года вышел закон, в соответствии с которым каждая больница обязана назначать специального сотрудника, который должен обеспечивать тесное сотрудничество между больницей и муниципалитетами (Закон 2005 года о здравоохранении) (National Association of Local Authorities 2005). В больницах и муниципалитетах реабилитационная помощь предоставляется бесплатно.

В областных больницах создается все больше отделений реабилитации пожилых пациентов. Если из-за очереди на эти услуги пациенту невозможно обеспечить уход силами муниципальных служб сразу же после его выписки из больницы, то муниципалитеты обязаны оплатить больнице дополнительные расходы, которые она понесет в этой связи. Предполагается, что такой подход будет для муниципалитетов стимулом как можно скорее обеспечить пациентам необходимый внебольничный уход.

Муниципалитеты предлагают различные виды реабилитации: обучение необходимым навыкам у пациента на дому, в центрах дневного ухода или в муниципальных реабилитационных центрах. У некоторых муниципалитетов, помимо собственных реабилитационных центров, имеются также соглашения с областными администрациями

о создании партнерства по обеспечению реабилитационных услуг, предполагающего их совместное финансирование. В этих случаях обучение пациентов необходимым навыкам может проводиться в областном реабилитационном центре, в реабилитационном госпитале или на базе реабилитационного отделения больницы. Такое партнерство позволяет проводить реабилитацию пациентов в профессиональной среде, при поддержке компетентных специалистов – например, врачей и физиотерапевтов (National Association of Local Authorities 2005).

6.7. Долговременный уход

В Дании действует большое количество разнообразных учреждений долговременного ухода. Помимо традиционных домов для престарелых и инвалидов, в стране есть и такие заведения, как дома по уходу за психически больными; расположенные поблизости от домов для престарелых небольшие апартаменты, в которых обеспечивается базовый медицинский уход; групповые дома; воспитательные дома.

Для того чтобы поместить пациента в учреждение долговременного ухода, тот, кто ухаживает за ним, или участковая медсестра должны обратиться к врачу общей практики, который в свою очередь должен осмотреть пациента у него дома или в социальном учреждении. По завершении медицинского осмотра врач передает дело социальному работнику, который должен обеспечить заполнение всех необходимых документов (в том числе тот раздел, который заполняется родственниками пациента), после чего передать заполненные документы в органы социального обеспечения. Социальный работник не только облегчает процесс оформления всех необходимых бумаг, но и предоставляет информацию об оплате услуг долговременной медицинской помощи. Если пациент во время оформления документов находится в больнице, то его родственники должны обратиться к врачу общей практики, который затем свяжется с нужными сотрудниками больницы. От 8 до 90% всех расходов по помещению пациента в учреждение долговременного ухода покрывает государство, и лишь небольшую часть затрат несет сам пациент или его родственники. Размер затрат зависит от вида услуг, которым пациент решит воспользоваться. Процесс оформления всех необходимых документов занимает примерно две недели,

а срок ожидания в очереди на услуги долговременной помощи может составлять от нескольких недель до полугода (Payne, Wilson, Caro & O'Brien 1999).

Муниципальный уровень

Муниципалитеты предоставляют населению социальные услуги: выдают пособия по социальному обеспечению (пособия по болезни и пенсии по нетрудоспособности) и обеспечивают уход за престарелыми, инвалидами и больными хроническими заболеваниями, в том числе за больными психическими расстройствами. Услуги по уходу предоставляются как вне больниц, так и в муниципальных центрах здравоохранения. Муниципалитеты отвечают также за предоставление жилья душевнобольным и бездомным. Эти муниципальные услуги финансируются за счет налогов. Всем этим в основном занимаются наемные служащие муниципальных органов здравоохранения, которые получают фиксированную зарплату. Вместе с тем все большее распространение получают контракты с частными некоммерческими организациями – таким образом муниципалитеты стараются обеспечить более высокую эффективность предоставляемых услуг по долговременному уходу. К таким услугам относятся долговременная больничная помощь в домах для престарелых и инвалидов, помощь в центрах дневного ухода, а также социальные услуги хронически больным и/или престарелым. Кроме того, с частными коммерческими фирмами заключаются контракты на оказание таких услуг, как организация питания и уборка помещений.

Сотрудничество муниципальных и областных органов

Распределение полномочий и рабочих задач в области здравоохранения между областными и муниципальными органами производится следующим образом: муниципалитеты отвечают за уход и внебольничную реабилитацию пациентов, а также за профилактику заболеваний и укрепление здоровья населения. С 1994 года инструментом координации и сотрудничества между региональными и муниципальными органами было совместное планирование работы в сфере здравоохранения. Областные органы должны были составлять планы развития здравоохранения на четырехлетний период (см. раздел 3.2). С 2007 года на смену этой процедуре пришли так называемые соглашения об оказании медицинской помощи, в которых устанавливается

порядок сотрудничества между муниципальными и областными органами (Strandberg-Larsen, Nielsen & Krasnik 2007).

Дома для престарелых и инвалидов

С 1987 года дома для престарелых и инвалидов считаются обычным жильем. Поэтому жители домов для престарелых и инвалидов имеют практически такие же права и обязанности, как и у остального населения. Однако в соответствии с этим законодательством новые дома для престарелых и инвалидов уже не создаются, а услуги социально защищенного жилья сейчас предоставляются в соответствии с индивидуальными потребностями. В результате количество жителей домов для престарелых и инвалидов резко сократилось: если в 1987 году их было примерно 51 000, то в 1996 году – уже 40 000, а в 2003 году – 31 500 (Statistics Denmark 2005). Этот процесс сопровождался расширением услуг сестринского ухода на дому, а муниципалитеты стали нанимать больше работников, которые оказывают помощь на дому тем, кто в ней нуждается. Многие муниципалитеты организуют круглосуточную помощь на дому. В настоящее время жителей домов для престарелых и инвалидов прикрепляют к врачам общей практики в индивидуальном порядке, в то время как раньше каждый дом для престарелых был прикреплен к своему врачу общей практики. Финансирование домов для престарелых и инвалидов и социально защищенного жилья производится самими жителями, при этом размер взноса каждого из них рассчитывается по сложной формуле, учитывающей их финансовое положение. Расходы малообеспеченных жителей домов для престарелых оплачиваются за счет доли их пенсии по старости.

Организация ухода за престарелыми

По-видимому, рост доли пожилого населения в Дании станет для муниципалитетов серьезной проблемой. В целях сокращения финансовых затрат на уход за престарелыми органы здравоохранения и социального обеспечения стараются уделять все большее внимание вопросам помощи пожилым людям в уходе за собой и оказанию им необходимой поддержки, чтобы они как можно дольше оставались жить у себя дома. Кроме того, ведется работа по повышению эффективности мер в области профилактики заболеваний и укрепления здоровья. Однако в будущем как средство сокращения затрат и

повышения доходов все большее распространение, по всей вероятности, получит система соплатежей пациентов и заключение контрактов на услуги с частными некоммерческими организациями.

Муниципалитеты предлагают широкий ассортимент услуг, направленных на то, чтобы помочь людям пожилого возраста как можно дольше оставаться независимыми и жить у себя дома. Такие услуги включают уход и помощь с уборкой дома, покупками необходимых товаров и продуктов, стиркой, приготовлением пищи и личной гигиеной. Уход на дому можно использовать для того, чтобы помочь или облегчить труд членов семьи, которые ухаживают за больными или нетрудоспособными родственниками. Существует два вида помощи на дому: постоянная (долговременная) и временная. Долговременная помощь оказывается бесплатно, а временная, когда помощники приходят на дом, может быть платной – в зависимости от материального положения получателя помощи (Jarden & Jarden 2002).

Участковые медсестры оказывают услуги круглосуточно. Это может быть, например, обучение пациентов, уход и лечение, помощь в заполнении различных заявлений. К таким услугам относятся организация перемены места жительства, первая помощь, неотложная помощь, услуги домов для престарелых и центров дневного ухода. Все эти услуги предоставляются бесплатно. У всех больных и нетрудоспособных граждан дома могут быть установлены телефоны для экстренной связи на тот случай, если им понадобится неотложная помощь; благодаря этому у таких людей появляется возможность круглосуточной связи со своей участковой медсестрой.

Если лица пожилого возраста по состоянию здоровья нуждаются в других жилищных условиях, то им предлагается более удобное для них жилье. Для этого предусмотрен целый ряд возможностей, в зависимости от индивидуальных потребностей и желания человека. Жилье для пожилых людей, охраняемое жилье, апартаменты, в которых предоставляется личный и медицинский уход, дома для престарелых и инвалидов – все это предназначено специально для лиц пожилого возраста и инвалидов; такое жилье предусматривает проживание в одно- и двухкомнатных квартирах, в домах с лифтом, с системами связи и неотложной помощи; кроме того, для жителей проводятся всевозможные культурно-просветительные мероприятия. Управление и администрация такого жилья могут быть различными; некоторые из этих жилых единиц связаны с домами для престарелых и инвалидов, которые также предоставляют медицинскую

помощь. Потребности обитателей такого жилья представляют советы жильцов.

Тем, кто не хочет переезжать из дома навсегда, но при этом нуждается в дополнительном уходе, предлагается воспользоваться услугами центров дневного ухода; при этом можно также организовать транспортировку пациентов туда и обратно. Кроме того, чтобы дать возможность отдохнуть тем, кто ухаживает за своими пожилыми или больными родственниками, можно на непродолжительное время воспользоваться услугами домов для престарелых и инвалидов (Jarden & Jarden 2002).

6.8. Услуги для лиц, осуществляющих неформальный уход за престарелыми и инвалидами

Существует целый ряд услуг для организации ухода за лицами с ограниченными функциональными возможностями в связи с тяжелыми соматическими или психическими заболеваниями или за лицами, страдающими хроническими заболеваниями или заболеваниями длительного течения. Если кто-либо хочет в неофициальном порядке ухаживать за своим больным или пожилым родственником, то он может осуществлять такой уход в качестве наемного служащего муниципалитета. Для этого необходимо соблюдение следующих условий: (1) альтернативой уходу на дому является круглосуточный уход вне дома, или объем необходимого ухода соответствует нагрузке на полный рабочий день; (2) между сторонами существует соглашение об оказании услуг по уходу; (3) муниципалитет считает лицо, которое желает осуществлять уход за своим родственником, подходящим для такой работы. Лицо, осуществляющее уход в неофициальном порядке, может быть принято на работу в муниципалитет на срок до 6 месяцев, и ему устанавливается месячная зарплата в размере 14875 датских крон (Danish National Centre for Employment Initiatives 2005), что соответствует примерно 75% среднемесячного дохода в Дании, который в 2005 году составлял 20 072 датские кроны (Statistics Denmark 2005).

Лицо, осуществляющее уход за своим неизлечимо больным родственником, может обратиться в муниципалитет с заявлением о выдаче компенсации потерянного заработка. Условия выдачи такой компенсации состоят в следующем: (1) по мнению врача, который обследовал состояние пациента, его дальнейшее лечение в условиях

стационара является бесперспективным; (2) состояние пациента не требует госпитализации. Размер компенсации в 1,5 раза превышает ту сумму, которую человек, осуществляющий уход за больным, получил бы как пособие по болезни, однако размер компенсации не может превышать его обычной зарплаты (Danish National Centre for Employment Initiatives 2005).

6.9. Паллиативный уход

В Дании существует два уровня паллиативного ухода: базовый и специализированный. Базовый паллиативный уход непосредственно интегрирован в основную систему здравоохранения и включает услуги врачей общей практики, организуемую муниципалитетами помощь на дому и медицинское обслуживание в стационаре. Специализированный паллиативный уход предполагает действия групп паллиативной помощи, хосписов и учреждений паллиативного ухода. Такой уход в основном осуществляется по контракту с независимыми хосписами, но, кроме того, было также создано несколько учреждений паллиативного ухода при госпиталях, которые, таким образом, интегрированы в систему здравоохранения.

В Национальном плане борьбы с раком, который был опубликован в 2000 году, указано, что в области развития служб паллиативного ухода Дания отстает от других стран, и что необходимо выделить соответствующий объем ресурсов на усовершенствование системы паллиативного ухода и подготовку специалистов (Cancer Steering Committee 2000). Исторически сложилось так, что развитие служб паллиативного ухода в разных частях страны шло по-разному. По данным отчета Ассоциации окружных советов за 2001 год, службы паллиативного ухода в соответствии с национальными рекомендациями организовали у себя лишь несколько округов (National Board of Health 1999; Association of County Councils, Ministry of Health & National Association of Local Authorities 2001). Коечный фонд, предназначенный специально для паллиативного ухода, был только в четырех округах, и на всю страну насчитывалось всего 10 хосписов. В этом отчете указано, что необходимо выделить больший объем ресурсов на обучение и подготовку медицинских кадров в целях организации служб паллиативного ухода в соответствии с национальными рекомендациями.

По расчетам британских специалистов, для оказания паллиативного ухода в стране должно быть по 12 коек на 250 000 населения.

Применительно к Дании такая норма означает, что общий объем коечного фонда в хосписах и отделениях паллиативной терапии должен составлять 257 коек (Danish Cancer Society 2005). В 2001 году в хосписах и отделениях паллиативной терапии было 73 койки: 22 в отделениях паллиативной терапии и 51 в хосписах (Association of County Councils, Ministry of Health & National Association of Local Authorities 2001). Таким образом, по британским стандартам в Дании в 2001 году имел место значительный дефицит коечного фонда хосписов и отделений паллиативной терапии.

В законодательстве страны определены общие обязанности муниципальных и региональных органов в области ухода и лечения неизлечимо больных пациентов, находящихся в больницах, домах для престарелых и инвалидов и у себя дома. В законодательстве особо указано, что таким больным, помимо всего прочего, необходимо предоставить доступ к компенсации по уходу, медицине, физиотерапии, психологической помощи, товарам медицинского назначения и услугам по уборке. По законодательству в обязанности региональных органов власти входит организация лечения в стационаре, в том числе для неизлечимо больных пациентов. В каждом регионе местная администрация сама принимает решение о том, будет ли она в рамках соблюдения своих обязательств по обеспечению медицинского обслуживания создавать хоспис. Строительство хосписов и их функционирование разрешается организовывать в сотрудничестве с другими регионами или частными учредителями; однако для пациентов услуги хосписов всегда должны быть бесплатными (Association of County Councils, Ministry of Health & National Association of Local Authorities 2001).

Если речь идет о доступе к специализированной медицинской помощи, то в отношении пациентов, нуждающихся в серьезном паллиативном уходе, действуют те же правила, что и в отношении всех остальных. Такие пациенты должны получить направление от врача общей практики – к нему пациент обращается в первую очередь, и он выполняет роль «привратника» (диспетчера) на пути пациентов к специализированной медицинской помощи, врачам-специалистам и физиотерапевтам. Именно врач общей практики решает, в каких случаях его компетенции уже не хватает или он не располагает необходимой технологией, чтобы вылечить пациента. Но, вообще говоря, пациенты могут обратиться в некоторые датские хосписы и напрямую, и их примут без направления.

В штате ряда специализированных учреждений есть работники здравоохранения различных специальностей (социальные работники,

психологи, физиотерапевты, специалисты по профессиональным заболеваниям, специалисты по дополнительной медицине, специалисты по восстановлению речи и т. п.), которые занимаются организацией паллиативного ухода. Одной из таких больниц, где в отделении паллиативной терапии работают специалисты различного профиля, является госпиталь Bispebjerg.

Службы паллиативного ухода не используют труд волонтеров, поскольку в Дании такой вид добровольной помощи не распространен. Однако в госпитале Bispebjerg проводится экспериментальный проект, в рамках которого услуги по паллиативному уходу предоставляются с привлечением волонтеров. Пациенты и их родственники принимают непосредственное участие в составлении планов паллиативного ухода, которое зависит от наличия соответствующих специалистов.

В 1996 году Национальное управление здравоохранения выпустило инструкции по организации паллиативного ухода за тяжелобольными и неизлечимо больными пациентами. В 1999 году эти инструкции были расширены – в них включили также обязанности работников здравоохранения. Основой для составления этих инструкций послужили рекомендации ВОЗ по паллиативному уходу, которые касаются медицинских работников, осуществляющих паллиативную помощь (National Board of Health 2005a). Само по себе паллиативное лечение в этих инструкциях не упоминается, но в них рассматриваются многие вопросы, связанные с ведением пациентов, больных серьезными заболеваниями, а также вопросы, касающиеся смерти и умирания.

В 1999 и 2001 годах Национальный совет здравоохранения, ассоциация «Регионы Дании», Министерство здравоохранения и Национальная ассоциация местных органов власти предложили стратегический план создания программы паллиативного ухода, которая впоследствии стала использоваться в целях определения уровня необходимых услуг по паллиативному уходу (Association of County Councils, Ministry of Health, National Association of Local Authorities 2001; National Board of Health 2005a).

В целом организация паллиативного ухода пока не отвечает требованиям национальных рекомендаций 1999 года, и в этой связи в декабре 2003 года была сформирована национальная руководящая группа по расследованию причин недостаточного развития этой отрасли здравоохранения и по обеспечению воплощения в жизнь национальных рекомендаций на областном и муниципальном уровнях.

В результате политического давления недавно было выделено 35 млн датских крон на организацию в стране 5–10 хосписов. Необходимое условие получения средств состоит в том, что строить хоспис должна независимая организация, заключившая соглашение с областной администрацией, а хосписы должны подпадать под Закон о свободном выборе лечебного учреждения. Создание новых хосписов является попыткой изменить сложившуюся практику оказания услуг по уходу, передав эти функции от больниц к муниципальным службам. Однако данная сумма не полностью покрывает потребность в организации новых хосписов. В ближайшие годы должна быть разработана новая реформа, в соответствии с которой в стране будут введены дальнейшие изменения в области организации паллиативного ухода (см. раздел 7.2).

Показатели работы служб паллиативного ухода и данные опросов пациентов и членов их семей в отношении качества этих услуг в Дании широко не публикуются. Однако некоторые исследования на этот счет все же есть, и в них содержится информация, которую можно использовать для косвенной оценки качества услуг паллиативного ухода (Goldschmidt et al. 2005; Stromgren et al. 2005).

Службы паллиативного ухода в Дании все еще находятся в стадии развития. В этой связи существует необходимость тестирования различных моделей организации и сотрудничества в сочетании с систематическими оценками и научными исследованиями.

6.10. Охрана психического здоровья

В 1977 году ответственность за функционирование психиатрических больниц перешла от центра к округам. Это привело к существенному сокращению коечного фонда, которое сопровождалось расширением услуг амбулаторной психиатрической помощи на местном и районном уровнях. Процессу децентрализации психиатрической помощи, в рамках которого все большее внимание уделялось амбулаторному лечению и приспособлению больных к местным условиям жизни, способствовало появление современных психотропных средств и изменение методик лечения больных психическими заболеваниями. Как и планировалось, эти организационные изменения привели к тому, что многие душевнобольные пациенты стали жить дома. Однако их интеграция в общество не всегда была успешной, особенно в больших городах, где некоторые из таких больных в

итоге оказывались на улице или в приюте для бездомных (Mental Institute 2005).

Окончательная реализация организационных изменений в системе психиатрической помощи произошла только в 1990-х годах, после чего последовали проблемы с координацией и согласованностью работы служб охраны психического здоровья. Поскольку оказанием этих услуг занимались как округа, так и муниципалитеты, то возникло множество проблем, связанных с организационной фрагментацией. Поэтому округам пришлось произвести ряд последующих организационных преобразований, чтобы обеспечить координацию и согласованность работы служб клинической психиатрии и социальной психиатрии.

В прошлом психически больных пациентов на долгий срок помещали в психиатрические отделения больниц; впоследствии сроки госпитализации стали короче, а психиатрическую помощь все больше оказывали амбулаторно, в сочетании с услугами по дневному уходу за психически больными. Целью такого подхода было обеспечение лучшей интеграции психически больных людей в общество. Поскольку в случае с тяжелыми психическими расстройствами эта задача является особенно трудной, то для этой группы пациентов были введены особые условия госпитализации, на базе круглосуточного пребывания в стационаре.

Государственные услуги пациентам с психическими расстройствами оказываются на базе межотраслевого сотрудничества секторов здравоохранения и социального обеспечения. Медицинские услуги находятся в областном ведении, услуги социальной психиатрии – в ведении муниципалитетов. Главной обязанностью областных органов здравоохранения является организация долговременного ухода за психохрониками. Муниципалитеты занимаются всеми остальными задачами в области психиатрической помощи. Однако некоторые услуги социальной психиатрии, оказываемые областными и муниципальными службами, частично перекрывают друг друга. Это может еще больше усложнить работу по созданию эффективной и согласованной системы охраны психического здоровья, в которой компетентность принимаемых решений сочетается с финансовой ответственностью.

Частнопрактикующие психиатры

В 2000 году в Дании было 108 частнопрактикующих врачей-психиатров, работающих на условиях полной занятости. Приток пациентов

к таким врачам обеспечивается за счет двух источников: часть пациентов обращается напрямую, без направления (и тогда услуги психиатра полностью оплачивает сам пациент), часть – по направлению от врача общей практики (в этом случае услуги психиатра финансируются из областного бюджета). Все пациенты имеют право на конфиденциальность. Информация о приеме у психиатра и о лечении может быть передана только врачу общей практики с согласия пациента.

Больничная психиатрия

В 2002 году в психиатрических отделениях больниц страны было в общей сложности 3894 койки. Врачи общей практики имеют право госпитализировать пациента в психиатрическую больницу немедленно. Если это требует применения силы, то для этого могут быть привлечены органы полиции.

Районная психиатрия

На местном уровне организуется районная психиатрическая служба, которая обеспечивает амбулаторное лечение и многопрофильную психиатрическую помощь. В большинстве случаев лечение осуществляется по месту жительства пациентов. Лечение производится силами многопрофильных бригад психиатрической помощи, в состав которых входят врачи широкого профиля, медсестры, социальные работники, специалисты по трудотерапии, психологи, психотерапевты и т. п. В одних регионах эти бригады работают на базе районных психиатрических диспансеров, которые иногда связаны с центрами дневного ухода, в других – при психиатрических отделениях больниц. В регионах также имеются различные районные психиатрические службы; некоторые из них оказывают услуги только психохроникам и лицам, страдающим инвалидизирующими психиатрическими заболеваниями, другие обслуживают также лиц с кратковременными психическими расстройствами.

Чтобы получить лечение в районном учреждении психиатрической помощи, необходимо направление, которое может быть выдано врачом общей практики, в больнице, а в некоторых случаях – сотрудником службы помощи неблагополучным семьям и лицам, нуждающимся в материальной или моральной поддержке.

Районная психиатрия неоднократно подвергалась критике в связи с недостаточным уровнем лечения, что прежде всего объясняется

недостатком экономических ресурсов и сокращением числа коек в стационарах без одновременного увеличения ресурсов на организацию внебольничного ухода за психически больными пациентами. Намеченное расширение учреждений, предусматривающих проживание психически больных вне больниц, пока так и не было реализовано, несмотря на то что коечный фонд психиатрических отделений сократился на треть.

Почти во всей Дании уход за психически больными пациентами обеспечивается силами районных психиатрических служб, которых в общей сложности насчитывается около 120 (Association of County Councils 2005). В настоящее время основное внимание в этой области по-прежнему уделяется вопросам повышения уровня ухода и профессиональной подготовки персонала.

Социальная психиатрия

Муниципалитеты несут основную ответственность за организацию услуг социальной психиатрии, а областные органы власти отвечают за оказание услуг, требующих специальных компетенций. В 2002 году в округах было занято 2061 место в центрах дневного ухода (в учреждениях с круглосуточным пребыванием – 3256 мест). Муниципалитеты отвечают также за уход за психически больными пациентами, находящимися в местных домах для престарелых и инвалидов, а также за предоставление временного жилья и медицинской помощи на дому. В 2001 году услугами муниципальных служб было в общей сложности охвачено 4979 человек (Ministry of the Interior and Health 2004b).

Законодательство и стратегические программы

С начала 1990-х годов вопросы психиатрической помощи постоянно включаются в повестку дня заседаний парламента, правительства, а также региональных и местных органов власти. По законодательству у областных и муниципальных органов имеется значительная степень свободы в отношении организации и управления службами психиатрической помощи.

Лечение в психиатрических отделениях больниц регулируется законом, в котором оговорены вопросы, касающиеся потери пациентами свободы и применения принуждения в психиатрии (Ministry of the Interior and Health 2004b). В настоящее время в законодательство

1938 года внесены определенные дополнения, и теперь в нем больше внимания уделяется правам пациентов. Согласно действующему закону, органы здравоохранения обязаны обеспечить пациенту госпитализацию, лечение и уход в соответствии с принятыми стандартами для психиатрических больниц; предоставить ему койко-место и выделить персонал для лечения и ухода; обеспечить возможность пребывания вне госпиталя; а также предоставить услуги по трудотерапии, обучению и т.п. При этом государство, пользуясь рычагами финансового регулирования и соглашениями об оказании психиатрической помощи, оказывает довольно значительное влияние на работу окружных и муниципальных психиатрических служб. В 2003 году был принят план по лечению душевнобольных пациентов на период 2003–2006 годов, предусматривающий выделение на эти цели по 250 млн датских крон в год в течение 4 лет. Этот план в значительной степени ориентирован на повышение качества услуг душевнобольным пациентам (Association of County Councils 2005).

Среди последних нововведений можно упомянуть организацию новой формы помощи психически больным пациентам, предусматривающей работу выездных многопрофильных бригад психиатрической помощи, которые оказывают душевнобольным пациентам помощь на дому или по месту жительства. Примерами практической реализации этой инициативы может послужить работа выездных бригад психиатрической помощи с больными психозом и с молодыми пациентами, больными шизофренией. Эта работа ориентирована на оказание помощи наиболее трудным категориям душевнобольных пациентов и призвана обеспечить единообразные и согласованные услуги таким больным. Эти услуги могут включать лечение, различные социально-психиатрические услуги, образовательные услуги и т. д. (Ministry of the Interior and Health 2004b).

В том, что касается психиатрической помощи, в Дании действует хорошо отлаженная система подачи апелляций и защиты интересов пациентов. Закон об охране психического здоровья населения гласит, что лечение душевнобольных должно производиться в рамках сотрудничества между пациентом и работниками здравоохранения. В течение семи дней после госпитализации необходимо подготовить и реализовать план лечения пациента. Если пациент в состоянии оценить предложенный план лечения, то этот план с ним необходимо согласовать и получить его согласие на лечение. У пациентов также есть возможность обратиться к адвокатам, работающим вне больницы. Список этих адвокатов заранее согласован и утвержден.

Адвокаты оказывают пациентам поддержку в случае, если у них возникают какие-либо жалобы или если пациент подвергается ограничению физической свободы. И хотя применение ограничений физической свободы распространено повсеместно, в Дании этот подход используется чаще, чем во многих других странах. Однако на момент написания данного обзора в стране предпринимались шаги по сведению таких мер к минимуму.

Дискриминация и социальная стигматизация

Областные органы власти учредили ряд программ по борьбе с дискриминацией и социальной стигматизацией, от которых зачастую страдают лица с расстройствами психики (Association of County Councils 2005). Датский фонд по охране психического здоровья, главной целью которого является распространение знаний о психических расстройствах и преодоление предубежденности общества по отношению к душевнобольным людям, реализует общенациональную программу борьбы с депрессией (Danish Mental Health Fund 2005). Одной из основных целей этой программы является преодоление дискриминации и социальной стигматизации в целях минимизации бремени, которое несут душевнобольные люди. Проведение этой программы в регионах координирует Датский фонд по охране психического здоровья. Довольно большая работа в рамках этой общенациональной программы по борьбе с депрессией была проведена посредством реализации региональных и местных проектов. Эти проекты были ориентированы на конкретные потребности на местах, но, как правило, включали курсы обучения, проведение тематических занятий, открытые заседания представителей общественности, а также всевозможные мероприятия, проводимые на рабочем месте, в школах, образовательных учреждениях и т. п. Неотъемлемой частью этих общенациональных усилий является проект, рассчитанный на детей и подростков, главным образом в возрасте 14–19 лет, который проводится Датским фондом по охране психического здоровья (Danish Mental Health Fund 2005). У фонда имеется специальный автобус, который разъезжает по стране, и выездная бригада специалистов бесплатно распространяет информацию и проводит обучающие занятия по психиатрии, душевным расстройствам и связанным с этим проблемам, при этом особое внимание уделяется детям, у которых психически больные родители.

Министерство здравоохранения и бывшее Министерство социального обеспечения разработали предложение, касающееся создания

системы основных ценностей в области охраны психического здоровья. Цель состояла в том, чтобы обеспечить грамотное взаимодействие услуг секторов здравоохранения и социального обеспечения, которые предоставляются больным хроническими психическими расстройствами. В стране предпринимаются специальные усилия, направленные на то, чтобы оказываемые услуги были полезными и согласованными, как с точки зрения пациентов и членов их семей, так и с точки зрения медицинских работников (Ministry of the Interior and Health & Ministry of Social Affairs 2004).

Беженцы и лица, ищущие убежища

В Дании не предоставляется каких-либо специальных государственных услуг, связанных с решением особых проблем, с которыми сталкиваются беженцы и лица, ищущие убежища. Однако Датский Красный Крест обеспечивает каждому из таких лиц три часа бесплатных психологических консультаций. Если человек нуждается в дополнительных консультациях, то он должен обратиться по этому вопросу в Датскую иммиграционную службу. К сожалению, в этой области Датская иммиграционная служба придерживается достаточно рестриктивной политики и может поставить человека, обратившегося за психологической помощью, в трудное положение (см. раздел 6.14 «Медицинское обслуживание особых групп населения»).

Уход за душевнобольными

По закону родственники не обязаны обеспечивать уход членам семьи, страдающим психическими расстройствами. В каждом регионе этот вопрос решается в индивидуальном порядке, и в зависимости от состояния пациента принимается решение о том, какие условия для него будут наиболее приемлемыми. Однако в последние годы большое внимание уделялось созданию общей системы ценностей в области психического здоровья, которая применялась бы в общенациональном масштабе (Association of County Councils 2005).

Услуги специалистов по оказанию психиатрической помощи

Данные о числе специалистов, занимающихся уходом за психически больными, приведены в табл. 6.1.

Таблица 6.1. Количество штатных специалистов, занимающихся оказанием услуг психиатрической помощи, 2001–2003 гг.

Профессия	2001	2002	2003
Врачи	1 069	1 165	1 179
Психологи	366	394	444
Медсестры	2 918	3 172	3 260
Помощники по уходу за психически больными	991	923	1 020
Медико-социальные ассистенты	2 079	2 296	2 223
Социальные работники	328	284	287
Социальные работники, оказывающие помощь в консультировании психически больных	230	297	289
Физиотерапевты и специалисты по трудотерапии	463	440	442
Другие работники здравоохранения	363	296	123

Источник: Association of County Councils, 2005.

Кочный фонд психиатрических больниц

В 2002 году в психиатрических больницах и районных учреждениях психиатрической помощи было в общей сложности 3799 коек. Это соответствует примерно одной пятой всего коечного фонда датских соматических больниц (см. пункт 5.1.1). Относительное сокращение коечного фонда особенно заметно в психиатрии – главным образом вследствие политики перевода стационарных больных на амбулаторное лечение. Значительное сокращение числа коек в психиатрических больницах сопровождается существенным увеличением числа амбулаторных посещений. Многие процедуры по диагностике и лечению сейчас проводятся без госпитализации или же до или после госпитализации. Высокие темпы перевода стационарных больных на амбулаторное обслуживание и недостаточно развитая система муниципальных психиатрических служб в Дании частично привели к тому, что получило название «психиатрия вращающихся дверей» (т. е. частая повторная госпитализация лиц с нарушениями психики по поводу рецидивов болезни). Повышенный риск суицида,

необходимость принудительной госпитализации, а также алкоголизм и наркомания среди больных с психотическими состояниями в некоторой степени можно объяснить темпами перевода стационарных больных на амбулаторное обслуживание и выбытием пациентов из поля зрения муниципальных психиатрических служб, хотя одним из основных принципов амбулаторного лечения является его непрерывность (Aagaard & Nielsen 2004).

Приоритеты служб охраны психического здоровья

Основным приоритетом датской системы охраны психического здоровья является обеспечение лицам с нарушениями психики лечения, соответствующего тяжести их заболевания; главный приоритет отдается лечению лиц, страдающих, например, шизофренией и тяжелой формой депрессии. Вместе с тем в регионах проводится пилотный проект, цель которого состоит в том, чтобы выяснить, следует ли также включить в приоритетные задачи лечение менее серьезных психических расстройств, таких как состояние тревожности, алкоголизм и наркомания (Association of County Councils 2005).

В ближайшие годы произойдет перераспределение ответственности в сфере оказания психиатрической помощи. Кроме того, будет проведена реформа организационной структуры служб охраны психического здоровья (см. раздел 7.2).

6.11. Стоматологическая помощь

В Дании за здоровье полости рта у детей и подростков отвечает Муниципальная стоматологическая служба. В соответствии с Законом 1986 года о стоматологической помощи эта система обеспечивает также укрепление здоровья, систематическую профилактику и бесплатное лечение (Danish Parliament 1986). Охрана стоматологического здоровья детей и подростков в основном обеспечивается на базе школ, и в результате проводимых санитарно-просветительских мероприятий коэффициент участия приближается к 100%. В Законе 1972 года об охране стоматологического здоровья детей впервые сформулирована конкретная схема профилактических и санитарно-просветительских мероприятий, ориентированных на детей и подростков (Danish Parliament 1971; Ministry of the Interior 1974). Благодаря этим законам было обеспечено последовательное распространение

программы охраны общественного здоровья в рамках системы первичной медико-санитарной помощи. Одной из важных составных частей датского Закона об охране стоматологического здоровья детей было положение о том, что на муниципалитеты была возложена обязанность передавать сведения о состоянии здоровья полости рта детей и подростков в национальную систему регистрации (SCOR), разработанную Национальным управлением здравоохранения. Эта система была создана для того, чтобы можно было оценить состояние стоматологического здоровья населения на общенациональном, региональном и местном уровнях (Hansen, Foldspang & Poulsen 2001). Данные этого регистра свидетельствуют о том, что улучшение состояния стоматологического здоровья детей и подростков наступило в период с конца 1970-х и в продолжение 1980-х годов, одновременно с введением профилактических программ для населения (Petersen & Torres 1999).

Целью стоматологической службы является формирование у населения правильных привычек, касающихся соблюдения гигиены полости рта в домашних условиях, и обеспечение последовательной профилактики и лечения стоматологических заболеваний, с тем чтобы зубы, полость рта и челюсти были здоровыми и нормально функционировали в течение всей жизни человека. Эти задачи, таким образом, включают поведенческие аспекты, уход за полостью рта и лечение. Для их решения Муниципальная стоматологическая служба занимается профилактикой стоматологических заболеваний и укреплением здоровья, проводит регулярные осмотры и лечение заболеваний полости рта (Danish Parliament 1971). Большое значение придается также удовлетворению индивидуальных потребностей и работе с теми, кто отвечает за охрану здоровья детей.

Для детей и подростков в возрасте до 18 лет обслуживание в системе Муниципальной стоматологической службы и у частнопрактикующих стоматологов (которые получают возмещение за оказанные ими услуги из муниципальных бюджетов) бесплатное. Однако услугами частных стоматологов пользуется лишь незначительное меньшинство. Муниципальная система стоматологического обслуживания детей и подростков предусматривает периодические осмотры и лечение (например, по поводу кариеса). Кроме того, муниципальные стоматологические службы в случае необходимости дают детям направление к ортодонту.

Стоматологическую помощь взрослым оказывают частнопрактикующие стоматологи. Взрослые оплачивают довольно значительную часть стоимости стоматологических услуг, однако некоторые платежи,

в частности за лечение зубов, покрываются из областных бюджетов. При наличии частной медицинской страховки, например полиса «denmark», стоматологическое обслуживание субсидируется дополнительно. Цены регулируются путем проводимых раз в три года переговоров между Ассоциацией стоматологов и ассоциацией «Регионы Дании», а также по результатам оговоренных изменений зарплат госслужащих (Health Care Reimbursement Negotiating Committee & Danish Dental Association 2004).

В Дании не проводится непосредственного мониторинга качества стоматологических услуг. Однако стоматолог должен оговорить этот вопрос с областными органами здравоохранения, которые проверяют оказанные услуги и оценивают их общий состав. Жалобы на качество стоматологических услуг следует направлять в Национальное управление здравоохранения. Национальное управление здравоохранения, вообще говоря, не занимается мониторингом стоматологических услуг, но если жалоба обоснована, то оно принимает меры в отношении того врача, на которого поступила эта жалоба (Danish Dental Association 2005).

В Дании уже несколько десятилетий существует традиция проведения муниципальных программ профилактики заболеваний полости рта, особенно у детей. Датская муниципальная стоматологическая служба – это проводимая на базе школ программа, включающая комплексный медицинский уход за полостью рта, профилактику и санитарное просвещение в области гигиены полости рта для детей и их родителей. Мероприятия, проводимые в школах, включают занятия по обучению гигиене полости рта, контроль за питанием, запечатывание фиссур постоянных коренных зубов и эффективное использование фторсодержащих зубных паст. В Дании на рынке присутствуют только фторсодержащие пасты. Среди детей и подростков из самых разных социально-экономических слоев по всей территории страны активно проводятся мероприятия по контролю зубного кариеса. В целом по стране зарегистрированы существенные улучшения в этой области. Распространенность зубного кариеса, средний уровень заболеваемости кариесом и число детей с тяжелыми формами кариеса существенно снизились (Petersen & Torres 1999).

6.12. Дополнительная и альтернативная медицина

В Дании существует широкий выбор альтернативных методов лечения – например, рефлексотерапия, остеопатия, гомеопатия, акупунктура,

траволечение и т. п. Хиропрактика методом альтернативной медицины больше не считается.

Оказание услуг дополнительной и альтернативной медицины регулируется нормами медицинского права, касающимися медицинского шарлатанства, но при условии соблюдения закона эти методы можно практиковать свободно. По закону необходимо получить разрешение на медицинскую практику, и если лицо, не имеющее профессиональной квалификации, называет себя врачом или занимается хирургией, то на него будет наложено взыскание. Акупунктура считается хирургическим вмешательством, поэтому этим может заниматься только врач, имеющий разрешение на медицинскую практику. Альтернативные лекарственные препараты также являются предметом регулирования. В ответ на директивы ЕС, касающиеся производства и продажи гомеопатических лекарственных препаратов, существовавшие в Дании нормы были пересмотрены. Теперь все альтернативные лекарственные препараты, продаваемые в Дании, подлежат одобрению Датским агентством по лекарственным средствам, которое устанавливает нормы и правила в отношении производственных стандартов и безопасности и эффективности лекарственных средств (Johannessen 2001).

Дополнительная и альтернативная медицина частично принимается как официальная медицинская профессия. Самая большая проблема связана с взаимодействием между различными препаратами и традиционными методами лечения. Это взаимодействие пока что полностью не изучено, оно может быть потенциально опасным для здоровья пациента, в результате чего могут возникнуть жалобы на врачей, которые ненадлежащим образом вели пациента. Врачу может быть трудно вести пациента, если он не знает, что пациент использует альтернативные методы лечения или траволечение.

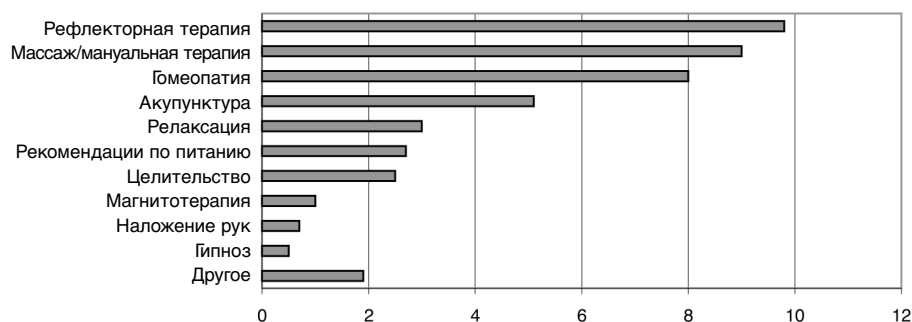
Те или иные методы альтернативной медицины применяют примерно половина всех датских врачей общей практики (Johannessen 2001). Физиотерапевты, психологи и хиропрактики также в некоторой степени используют альтернативные методы лечения, но только в нескольких больницах; зачастую это акупунктура, применяемая как средство лечения боли. В стране нет лицензированных клиник или госпиталей, специализирующихся на альтернативных методах лечения, но есть несколько центров интегрированной медицины. В таких центрах получившие государственное медицинское образование врачи-терапевты сотрудничают со специалистами по альтернативной медицине различного уровня подготовки и специализации.

В 2003 году сеансы рефлексорной терапии посещали примерно 10% взрослого населения Дании; это самый популярный метод альтернативного лечения в стране. В 2003 году альтернативное лечение получал в общей сложности 21% взрослого населения Дании, что почти вдвое больше, чем в 1987 году. Как видно из рис. 6.3, наиболее популярными в Дании методами альтернативного лечения являются рефлексотерапия, массаж и мануальная терапия, гомеопатия и акупунктура. В возрастных группах от 25 до 44 лет и от 45 до 66 лет наибольшей популярностью пользуется рефлексотерапия, и в этих группах женщин в три раза больше, чем мужчин. Общая статистика использования методов альтернативного лечения говорит о том, что реже всего к ним прибегают лица с более низким уровнем образования и неквалифицированные рабочие, тогда как среди самозанятого населения услугами альтернативной медицины пользуется гораздо больше людей (National Institute of Public Health 2003).

Единственный вид альтернативного лечения, стоимость которого возмещается в официальной системе здравоохранения, – это акупунктура, при условии, что ее делает врач. Областные бюджеты и Медицинское страховое общество «denmark» дотируют этот вид лечения. Во всех остальных случаях специалисты по альтернативной медицине получают за свои услуги наличную оплату, данные о которой отсутствуют.

В 2000 году был создан Научно-исследовательский центр альтернативной медицины. Ожидается, что в этом центре продолжатся исследования в области дополнительных и альтернативных методов лечения и траволечения, в целях расширения знаний этих методов и их влияния на здоровье человека, а также установления диалога с поставщиками

Рис. 6.3. Процентная доля населения, получившего в 2003 г. различные виды альтернативного лечения



Источник: National Institute of Public Health 2003.

медицинских услуг, специалистами по дополнительной и альтернативной медицине и потребителями медицинских услуг. В 2004 году вступило в силу законодательство, касающееся добровольного прикрепления пациентов к специалистам по альтернативной медицине.

6.13. Здоровье матери и ребенка

Начиная с 1930-х и 1940-х годов услуги по охране здоровья матери и ребенка стали бесплатными и регулируются законом. Беременным женщинам обеспечивается дородовое наблюдение, которое проводится на базе отдельных клиник или в поликлиниках при больницах. Медицинский осмотр беременных проводят врачи общей практики, акушерки, иногда – акушеры-гинекологи; количество необходимых посещений определяет врач. Дородовое наблюдение, а также услуги по родовспоможению организуют и финансируют областные органы, вне зависимости от того, где женщина решит родить – дома или в условиях стационара. Домашние роды выбирает менее 1% женщин.

Муниципалитеты отвечают за проведение и финансирование медосмотров детей в возрасте до года, которые производит приходящая на дом патронажная сестра. Дети дошкольного возраста проходят семь бесплатных медосмотров у врача общей практики; финансирование этих услуг осуществляется из областных бюджетов. Медосмотр школьников обычно производится в школьных поликлиниках силами школьной медсестры и врача. Детям, у которых есть особые показания, предлагаются дополнительные обследования.

Процент признания таких услуг очень высок; в отношении дородового наблюдения и ухода за младенцами этот показатель достигает почти 100%, правда, он немного ниже в отношении медосмотров детей дошкольного возраста. Повсеместно признается, что эти услуги достаточны и высокого качества. Единственным серьезным изменением, которое произошло в области оказания этих услуг со времени их основания, является то, что с 1970-х годов определенную роль в определении типа ухода и количества консультаций, которые должны быть проведены, стала играть оценка конкретных потребностей.

Подростковая беременность в Дании – явление довольно редкое и потому проблемой не считается. Перинатальная смертность продолжает снижаться, но пока она выше, чем в остальных странах Северной Европы (NOMESCO 2005). Показатель материнской смертности очень низок; сифилис распространен не особенно широко.

Таблица 6.2. Репродуктивное здоровье населения, 1991–2004 гг.

	1991	1993	1995	1997	1999	2000	2001	2002	2003	2004
Уровень подростковой беременности (в возрасте до 18 лет), %	0,40	0,40	0,30	0,30	0,30	0,30	0,30	0,20	0,20	0,30
Перинатальная смертность на 1000 родов	7,90	7,50	7,40	8,50	7,20	7,30	7,10	6,20	6,40	4,80 ^a
Материнская смертность на 100 000 живорожденных	3,13	7,50	10,16	7,47	6,12	–	3,10	–	–	–
ИППП (сифилис, гонорея, ВИЧ-инфекция)	–	–	456	368	447	427	472	553	539	830

Источник: NOMESCO, 2005.

Примечание: ^a – предварительные данные

В последнее время увеличилось число зарегистрированных ВИЧ-инфицированных. Это вызывает определенную тревогу, но в целом репродуктивное здоровье населения Дании считается очень хорошим (см. табл. 6.2).

6.14. Медицинское обслуживание особых групп населения

У особых групп населения есть различные виды доступа к официальной системе здравоохранения. Лица, получившие статус беженца, включаются в обычные региональные программы охвата населения медицинским обслуживанием и имеют те же права, что и граждане Дании, правда, прежде чем эти права вступят в силу, такие лица должны пройти шестинедельный карантин. В стране нет каких-либо общенациональных планов проведения программ профилактического осмотра и вакцинации беженцев и лиц, воссоединяющихся с семьей. Вопрос о необходимости проведения обследований или профилактических мероприятий в каждом случае решает местный муниципалитет.

Всем лицам, ищущим убежища, Датский Красный Крест предлагает добровольно пройти медосмотр. В этот медосмотр входит общая проверка состояния здоровья, а лицам из групп риска предлагается пройти тест на ВИЧ и рентгеноскопию грудной клетки. У детей проверяют наличие профилактических прививок. Лица, ищущие убежища, не попадают в региональные программы охвата населения медицинским обслуживанием и имеют право только на: (1) первичную медико-санитарную помощь, которую обеспечивает Красный Крест или некоторые муниципалитеты; и (2) больничное обслуживание, если необходима экстренная медицинская помощь. Если лицо, ищущее убежища, страдает каким-либо хроническим заболеванием, то Датский Красный Крест может обратиться в Датскую иммиграционную службу с просьбой о материальной помощи. По правилам Датской иммиграционной службы такая помощь может быть предоставлена, только если лечение необходимо, если нужно облегчить боль или если ситуация представляет угрозу для жизни. Заявление рассматривают врач-консультант и соответствующие должностные лица из Датской иммиграционной службы. Нелегальные иммигранты имеют право только на получение экстренной медицинской помощи и не попадают в региональные программы охвата медицинским обслуживанием. Но зачастую они боятся, что если обратятся за экстренной медицинской помощью, то о них сообщат властям. В Дании есть врачи, которые оказывают услуги нелегальным иммигрантам, несмотря на то что это противозаконно. Коммерческим сексуальным работникам, живущим в Дании нелегально, помогают также неправительственные организации, которые лечат их от инфекций, передающихся половым путем, и от других болезней.

Среди беженцев и лиц, ищущих убежища, серьезной проблемой являются психические заболевания. Очень часто такие люди получили психические травмы на войне или вследствие пыток и других тяжелых событий, оказавших глубокое воздействие на их жизнь. Датский Красный Крест предлагает таким людям три часа бесплатных психологических консультаций. По поводу дополнительных консультаций лица, ищущие убежища, должны обращаться в Датскую иммиграционную службу. Однако это учреждение придерживается достаточно рестриктивной политики в данном вопросе, что может поставить человека, обратившегося с такой просьбой, в затруднительное положение.

Доступ к медицинскому обслуживанию у таких групп обычно затруднен в связи с различными причинами: незнанием функций системы здравоохранения, языковыми проблемами, а также различными культурными и организационными барьерами.

7. Основные реформы в области здравоохранения

7.1. Анализ последних реформ

В табл. 7.1 представлен обзор важнейших реформ и политических инициатив, оказавших существенное влияние на здравоохранение в период с 1970 по 2007 год. Сведения о более ранних и самых последних реформах приведены в разделе 2.1 «Историческая справка».

Свободный выбор лечебного учреждения и гарантия в отношении срока ожидания плановой медицинской помощи

В 1993 году вышел Закон о свободном выборе пациентом лечебного учреждения. Получив направление от врача общей практики, пациент может выбрать для лечения любую государственную больницу в Дании или одну из нескольких частных некоммерческих больниц того же уровня специализации.

В 2002 году было введено так называемое право расширенного выбора. Это означало, что если срок ожидания плановой медицинской помощи превышал два месяца, то пациент получал право расширенного выбора лечебного учреждения, в том числе из ряда частных и зарубежных клиник. Таким образом была обеспечена гарантия в отношении срока ожидания; возможности выбора пациента ограничиваются совокупностью тех лечебных учреждений, с которыми у областной администрации имеется соответствующее соглашение.

В результате возможность свободного выбора лечебного учреждения стала использоваться несколько шире, но текущие данные, полученные из официальных источников, не дают точного представления

об имеющихся тенденциях. Одно из официальных исследований, основывающееся на данных Национального регистра пациентов, свидетельствует об увеличении доли пациентов с неострыми заболеваниями, получающих лечение за пределами своего округа, с 8,0% всех пациентов в 1997 году до 11,3% в 2003 году (процентная доля пациентов с неострыми заболеваниями, получающих лечение в других округах, как процент от общего числа пациентов с неострыми заболеваниями) (Ministry of the Interior and Health 2004b). В это исследование были включены пациенты, проходившие лечение более высоких уровней специализации за пределами своих округов, но оно не включало тех, кто сделал выбор в пользу лечебного учреждения в своем округе. Таким образом, точных цифр, касающихся того, в какой мере пациенты осуществляют свое право свободного выбора лечебного учреждения, нет.

Организованная Министерством здравоохранения в 2004 году рабочая группа пришла к выводу, что число пациентов, воспользовавшихся расширенным правом свободного выбора, немного увеличилось: в третьем квартале 2002 года их было примерно 2000 человек, а в последнем квартале 2004 года – около 6000 человек. Пациенты пользуются правом расширенного выбора, главным образом, в тех случаях, когда им необходима глазная хирургия, ортопедические операции, лечение заболеваний уха, горла, носа, а также пластическая хирургия (Association of County Councils, Copenhagen Hospital Cooperation, Ministry of Finance & Ministry of Health 2004). Несмотря на то что срок ожидания плановой медицинской помощи может быть различным, тот факт, что этой возможностью пользуется лишь ограниченное число пациентов, свидетельствует о том, что в целом этот срок в Дании все-таки невелик. Другими факторами, которыми можно это объяснить, являются транспортные расходы, ограниченная информация в отношении качества услуг, традиции, а также то, что пациенты предпочитают лечиться поближе к дому (Vrangbaek 1999; Birk, Vrangbaek, Winblad & Ostergren 2007). С 1 октября 2007 года гарантированный срок ожидания был сокращен до одного месяца.

Таблица 7.1. Обзор основных реформ и инициатив, оказавших существенное влияние на здравоохранение, 1970–2007 гг.

Год	Описание
1970	Реформа политической и административной системы: значительная часть сектора здравоохранения передана в ведение 14 новых округов и городов Копенгаген и Фредериксберг.

Год	Описание
1970–1980	Национальное управление здравоохранения отвечает за утверждение планов работы окружных больниц.
1970–1980	Ответственность за функционирование государственных больниц и больниц, финансируемых из госбюджета, перешла к округам (исключение составляла клиника Rigshospitalet).
1972	Муниципалитеты обязаны обеспечивать бесплатное стоматологическое обслуживание детей. В 1994 г. эти обязательства были расширены и стали распространяться также на престарелых и инвалидов.
1973	Округам и муниципалитетам передана ответственность по работе с практикующими работниками здравоохранения.
1980	Введены ежегодные переговоры по бюджету между центром и округами, а также между центром и муниципалитетами.
1985	Планы работы окружных больниц больше не нужно утверждать в Национальном управлении здравоохранения: достаточно их просто представить.
1989	В сотрудничестве со всеми соответствующими секторами разработана первая согласованная общенациональная программа профилактики заболеваний.
1990	В бюджетные соглашения между центром и округами включаются все больше конкретных задач и требований.
1993	Законом закреплено право свободного выбора пациентом лечебного учреждения. Этот закон касается всех округов и городов Копенгаген и Фредериксберг.
1994	Округа и муниципалитеты обязаны координировать планы работы своих служб здравоохранения.
1995	Создается Кооперация больниц Копенгагена (H:S). Все задачи, связанные с деятельностью больниц в городах Копенгаген, Фредериксберг и Rigshospitalet, передаются H:S.
1999	Как элемент бюджетного соглашения 1998 г., вводится система финансирования на основе клинико-статистических групп (КСГ) за лечение пациентов за пределами их округов (в соответствии с введенной в 1993 г. системой свободного выбора пациентом лечебного учреждения). 10% бюджета больниц выделяется на оплату по системе КСГ.
2002	Вводится гарантия в отношении срока ожидания плановой медицинской помощи, которая называется расширением свободы выбора. Если время ожидания в очереди на медицинское обслуживание превышает два месяца, то пациент получает право расширенного выбора лечебного учреждения, в том числе из ряда частных и зарубежных клиник, при условии, что

Год	Описание
	у областной администрации есть с этими клиниками соответствующее соглашение.
2003	Реформа 1999 г. расширена: с 2004 г. вводится финансирование больниц на основе принципа финансирования по результатам деятельности (20% бюджета).
2005	Парламент одобрил важную структурную реформу датской административной системы. Эта реформа была проведена в 2007 г., а 2006 г. был переходным.
2007	Гарантированный срок ожидания плановой медицинской помощи сокращен с двух месяцев до одного.

Источники: Ankjaer-Jensen & Rath, 2004; Ministry of the Interior and Health, 2005c.

Клинико-статистические группы и финансирование по результатам деятельности

В конце 1990-х годов в Дании сформировалась система КСГ и были установлены цены на медицинские услуги в зависимости от диагноза. В результате был создан административный скелет для проведения ряда экспериментов по финансированию на основе КСГ в качестве дополнения к стандартным блочным субсидиям и системе глобального бюджетирования. Лечение пациентов, воспользовавшихся своим правом свободного выбора, оплачивается полностью по принципу КСГ. В большинстве случаев это обеспечивает стимулы, чтобы округа были заинтересованы в удержании таких пациентов, сокращая срок ожидания. С осени 2006 года правительство при распределении фондов всячески стремится использовать принцип финансирования на основе КСГ, чтобы создать стимулы для повышения эффективности работы больниц. Похоже, что эти усилия увенчались успехом, но здесь есть и обратная сторона: некоторые полагают, что это привело к предубеждению против тех отраслей медицины, где измерить уровень деятельности и повлиять на него труднее (например, гериатрическая медицина, лечение внутренних болезней и т. п.). В настоящее время стоит задача постепенного повышения уровня финансирования на основе КСГ с 20 до 50% (Ankjaer-Jensen & Rath 2004; Ministry of Health 2005c).

Датская система обеспечения качества в здравоохранении

В 2002 году национальные и региональные органы власти решили внедрить национальную систему обеспечения качества в здравоохра-

нение. Идея состояла в том, чтобы объединить ряд существующих национальных и региональных проектов (включая клинические базы данных, клинические рекомендации, схемы аккредитации и национальные исследования удовлетворенности пациентов) в единую комплексную систему, охватывающую все аспекты сектора здравоохранения. Основными компонентами этой системы были разработка стандартов (например, общих, касающихся процессов; специальных, касающихся конкретных диагнозов; и организационных) и контрольных показателей. Предполагается, что на базе этих стандартов и показателей можно будет организовать систему внутреннего обеспечения качества, систему сравнительного анализа показателей и внешнюю аккредитацию. Чтобы упростить процесс сравнения и выбора, данные о качестве публикуются в Интернете. На сегодняшний день есть возможность сравнить уровни качества медицинского обслуживания в семи диагностических категориях (диабет, рак легкого, шизофрения, сердечная недостаточность, перелом костей тазобедренного сустава, инсульт и экстренные хирургические вмешательства по поводу желудочно-кишечных кровотечений), а также рейтинги удовлетворенности пациентов услугами всех отделений больниц (Danish eHealth Portal 2007; Danish National Indicator Project 2007). Аккредитация больниц производится раз в три года на основании проведенных внутренних оценок. Внешнюю аккредитацию проводят независимые эксперты. В данный момент у правительства есть соглашение с американской Объединенной комиссией по аккредитации организаций здравоохранения. Структура данных основывается на объединенных существующих и новых электронных данных о пациентах.

7.2. Последние события

Структурная реформа

В 2005 году парламент Дании одобрил серьезную структурную реформу административной системы. Проведение этой реформы началось в 2007 году, а 2006 год стал переходным. В результате реформы сократилось число региональных органов власти – 14 округов были преобразованы в 5 более крупных административных областей (в каждой из которых проживает от 0,6 до 1,6 млн жителей), а число муниципалитетов сократилось с 275 до 98 (в 37% новых муниципалитетов проживает более 50 000 жителей; в 38% – от 30 000 до 50 000 че-

людей; в 18% – 20 000–30 000 человек и в 7% – менее 20 000 жителей). Выборы в муниципальные и областные органы власти происходят раз в четыре года. Основная ответственность областей заключается в обеспечении функционирования служб здравоохранения; кроме того, на этом уровне решаются также некоторые задачи в области охраны окружающей среды и регионального развития. Большинство других задач передано в ведение центра или муниципалитетов. Новым муниципалитетам передана вся ответственность за обеспечение мероприятий в области профилактики заболеваний, укрепления здоровья и внебольничной помощи и реабилитации.

С экономической точки зрения произошло несколько очень важных изменений. Во-первых, у областей было отозвано право на сбор налогов. Теперь здравоохранение финансируется за счет государственных целевых «налогов на здравоохранение» (новые взносы на здравоохранение), которые перераспределяются на блочные субсидии областям и муниципалитетам. В общей сложности 80% деятельности областей в сфере здравоохранения финансируется государством посредством выделения блочных субсидий и некоторого объема финансирования по результатам деятельности (около 5%). Оставшаяся часть государственного финансирования деятельности областей в сфере здравоохранения вносят муниципалитеты в виде взносов на душу населения в сочетании с финансированием по результатам деятельности за предоставленные населению услуги здравоохранения. Такое софинансирование со стороны муниципалитетов организовано для того, чтобы муниципалитеты были заинтересованы в повышении активности профилактических мероприятий, с тем чтобы таким образом сократить количество и сроки госпитализаций. Новые взносы на здравоохранение призваны обеспечить налогоплательщикам более высокую степень прозрачности сектора здравоохранения. Размер государственных блочных субсидий рассчитывается по специальной формуле, в которой прежде всего учитываются ожидаемые потребности населения в отношении здравоохранения. Эти ожидаемые потребности оцениваются на основании таких факторов, как возрастная и социальная структура населения (Strandberg-Larsen, Nielsen, Krasnik & Vrangbaek 2006).

Реформа была утверждена в парламенте незначительным большинством голосов. Для Дании такая ситуация не характерна, поскольку раньше все важные структурные реформы, как правило, требовали более широкого консенсуса между правительством и оппозицией. Две партии из тех, которые выступали за реформу,

в том числе входящая в правительственную коалицию Консервативная партия, предлагали, чтобы преобразование округов и соответствующая передача их функций проходили в течение нескольких лет. Главные доводы в пользу реформы касались бюрократических издержек и уровней налогообложения. Однако пока неясно, приведет ли реформа к существенному сокращению административных издержек. Пока что возникают значительные затраты на само проведение реформы. Другим движущим фактором реформы было понимание того, что для поддержки дальнейшей специализации и обеспечения структурной перестройки необходимо укрупнить районы охвата медицинским обслуживанием. При этом многие наблюдатели отмечают неоднозначность доказательств в пользу того, что в здравоохранении больший масштаб и специализация действительно являются преимуществами (Christensen, Nielsen, Holm-Petersen & Lassen 2005). Некоторые наблюдатели считают, что округа и так вполне хорошо справились со своими функциями с точки зрения контроля расходов, повышения эффективности работы и осуществления постепенных структурных преобразований (Sogard 2004) и что мнение о том, что в результате укрупнения районов охвата больничное лечение станет лучше, ни на чем не основано. С тем, что усиление муниципального уровня является преимуществом, согласно большинству наблюдателей; однако здесь есть определенные опасения, что у муниципалитетов не хватит компетенции, чтобы надлежащим образом планировать и решать свои новые задачи, и что они станут отдавать приоритет только тем мероприятиям, которые непосредственно обеспечивают сокращение объема госпитализаций, а не общим долгосрочным программам профилактики. В пользу изменений схемы финансирования не высказался ни один из независимых экспертов (Pedersen, Christiansen & Bech 2005).

8. Оценка системы здравоохранения

8.1. Задачи системы здравоохранения

В официальном докладе правительства за 2003 год описаны следующие задачи системы здравоохранения (Advisory Committee to the Minister for the Interior and Health 2003):

- равный и свободный доступ к лечению;
- право выбора пациента;
- высокое качество;
- оптимизация маршрута пациента в системе здравоохранения;
- учет разнообразия нужд и предпочтений пациентов;
- эффективное использование ресурсов;
- эффективный макроэкономический контроль расходов;
- демократический контроль.

В этой главе мы рассмотрим принятые недавно в этой связи политические меры и по возможности проанализируем ситуацию с реализацией поставленных задач.

8.2. Распределение затрат и прибыли системы здравоохранения среди населения

Финансирование здравоохранения

До 2007 года датская система здравоохранения финансировалась за счет прогрессивного подоходного налога, взимаемого на национальном уровне, и пропорциональных подоходного налога и налога на

имущество, взимаемых на региональном уровне (см. главу 4 «Финансовые ресурсы»). Налоговые поступления в национальный бюджет перераспределялись по округам и муниципалитетам путем выделения блочных субсидий, размер которых основывался на ряде объективных критериев, и частичного финансирования на основе КСГ. Целью такой системы было поддержание принципов солидарности в финансировании и справедливости в здравоохранении (Gundgaard 2006; Wagstaff et al. 1999).

С 2007 года финансирование здравоохранения производится за счет взимаемых на национальном уровне пропорциональных целевых налогов (см. раздел 7.2). Большинство этих налоговых поступлений (80%) перераспределяется по областным бюджетам посредством выделения блочных субсидий, основанных на объективных критериях (социальных и демографических показателях), а оставшиеся 20% перераспределяется по новым муниципалитетам, которые в свою очередь должны использовать эти фонды для софинансирования областных больниц, обслуживающих население соответствующих областей. Эта система по-прежнему базируется на общих принципах солидарности в финансировании и перераспределения благ среди населения. Резервирование налоговых поступлений специально для целей здравоохранения является для Дании новшеством, которое призвано обеспечить большую прозрачность данного сектора для налогоплательщиков. Вместе с тем нельзя не отметить, что этот механизм ограничивает возможность перераспределения финансовых средств внутри сектора.

В Дании все более ощутимо растет уровень участия пациентов в оплате медицинских услуг (соплатежи). В основном это касается лекарств, стоматологического обслуживания и физиотерапии, что связано с быстрым ростом рынка частного медицинского страхования, формирование которого частично обусловлено появлением на рынке труда соглашений о групповом медицинском страховании наемных работников. Некоторые выступают также за введение соплатежей пациентов за услуги врачей общей практики, чтобы сократить таким образом объем неоправданного использования населением этих услуг. Со временем все эти тенденции могут привести к серьезным изменениям в системе финансирования здравоохранения Дании, которые чреваты нарушением общих принципов солидарности в финансировании, справедливости в здравоохранении и финансирования здравоохранения за счет налогов.

Распределение выгод системы здравоохранения

На момент написания настоящего обзора в основе системы здравоохранения Дании лежал принцип всеобщего, свободного и равного доступа к медицинскому обслуживанию. И хотя в разных областях страны характер использования услуг здравоохранения несколько отличается, в целом можно сказать, что эти задачи решаются достаточно хорошо. Как показывает практика, некоторым группам населения (бездомным и душевнобольным людям, иммигрантам, а также лицам с алкогольной и наркотической зависимостью) присущ более нестабильный характер использования медицинских услуг по сравнению с остальными группами. Вследствие высоких индивидуальных затрат на стоматологическое обслуживание взрослых пациентов, по-видимому, имеет место некоторое социальное неравенство в отношении использования этого вида услуг, что, соответственно, приводит к различиям в состоянии стоматологического здоровья населения. Использование услуг частных стоматологов обнаруживает зависимость от географических и социальных факторов, поскольку эти услуги главным образом предлагаются в богатых городских районах. Возможностью свободного выбора медицинских учреждений в большей степени пользуются пациенты с более высоким уровнем образования и стабильной занятостью. Некоторые считают, что более широкое применение финансирования по результатам деятельности приведет к ослаблению заинтересованности и оттоку инвестиций из таких отраслей, как лечение внутренних болезней и гериатрия, в пользу тех отраслей здравоохранения, где легче продемонстрировать соответствующий уровень деятельности. Однако доказательств, подтверждающих это мнение, немного.

Равный доступ к медицинскому обслуживанию и использование услуг по потребностям, вероятно, останутся важнейшими принципами системы здравоохранения Дании на ближайшую перспективу. Вместе с тем следует отметить, что рост спроса на новые медицинские технологии, а также ожидаемые изменения в возрастной структуре населения и в клинических картинах болезней могут способствовать политическим инициативам по введению новых финансовых и структурных реформ, направленных на сокращение доступа к медицинскому обслуживанию, финансируемому из государственных фондов.

8.3. Эффективность распределения ресурсов

В целом можно сказать, что в настоящее время распределение ресурсов на здравоохранение удовлетворяет потребностям населения. Такие меры, как сокращение срока ожидания плановой медицинской помощи и связанная с расширением свободы выбора гарантия, касающаяся ограничения этого срока, обеспечивают населению доступ к услугам здравоохранения в относительно короткий срок. Гарантия, касающаяся ограничения срока ожидания плановой медицинской помощи, обеспечивает доступ к лечению в государственных или частных медицинских учреждениях в Дании или за границей, если предполагаемый срок ожидания превышает один месяц. Результаты опросов неизменно демонстрируют чрезвычайно высокий уровень удовлетворенности пациентов как услугами врачей общей практики, так и медицинским обслуживанием в больницах.

Однако сравнение коэффициентов выживаемости некоторых групп пациентов из разных стран (например, пациентов с раком легких и опухолями яичника) показывает, что в Дании качество ряда услуг в области диагностики и лечения находится не на очень высоком уровне. Это может быть обусловлено нехваткой персонала, отсутствием необходимого оборудования, недостаточно высоким уровнем квалификации специалистов или структурными проблемами датской системы здравоохранения, связанными со специализацией и координацией медицинского обслуживания. Есть также ряд проблем, связанных с нехваткой квалифицированных кадров на периферии, но областные власти стараются решать их путем привлечения к работе врачей и медсестер из числа иммигрантов.

В последние годы особое внимание уделяется охране психического здоровья и болезням, представляющим угрозу для жизни, например онкологическим и сердечно-сосудистым заболеваниям. При этом лечению психических расстройств, а также болезней костно-мышечной системы, вопреки общим положениям национальной политики в области здравоохранения, отдается довольно низкий приоритет. Признаки каких-либо значимых изменений в структурном соотношении между первичной медико-санитарной помощью, специализированной и высокоспециализированной медицинской помощью отсутствуют. Однако одной из заявленных целей нынешней структурной реформы является создание стимулов, которые способствовали бы более активной деятельности муниципалитетов в области профилактики заболеваний, укрепления

здоровья и организации внебольничной помощи и реабилитации пациентов.

8.4. Результативность системы здравоохранения

В целом можно сказать, что система здравоохранения Дании обеспечивает хорошее «соотношение цены и качества». В докладах правительства последовательно указывается, что соотношение общего уровня расходов и качества медицинского обслуживания, в том числе таких показателей, как срок ожидания плановой медицинской помощи и качество услуг, в Дании является приемлемым по сравнению с другими европейскими странами (Advisory Committee to the Minister for the Interior and Health 2003; Ministry of the Interior and Health 2004b). Это является результатом многих инициатив, направленных на обеспечение контроля расходов, повышение эффективности и улучшение качества медицинского обслуживания.

Важнейшей характеристикой этой системы является использование глобального бюджетирования и применение жестких бюджетных ограничений. В последние годы к этому прибавились система заключения внутренних контрактов и финансирование по результатам деятельности, нацеленные на повышения эффективности системы здравоохранения. В последнем докладе правительства указано, что в стране имеет место постепенный рост эффективности работы сектора здравоохранения и за период с 2003 по 2004 год она выросла на 2,4% (Ministry of the Interior and Health 2005d). Эффективность системы здравоохранения ежегодно измеряется и на уровне системы в целом, и на уровне отдельных учреждений. Она представляет собой соотношение стоимости услуг, оплачиваемых по принципу КСГ (результат), и расходов (затраты). По результатам сравнения эффективности работы больниц на национальном и региональном уровнях было выявлено лишь небольшое различие этих показателей по областям (Ministry of the Interior and Health 2005a). Что касается эффективности работы сектора первичной медико-санитарной помощи, то здесь информации не так много, но предполагается, что сочетание механизмов подушевой оплаты и оплаты за предоставленные услуги обеспечивает достаточные стимулы для оптимизации как уровня медицинского обслуживания, так и набора услуг. Размеры гонораров врачей регулярно обсуждаются с органами государственной власти; кроме того, проводится регулярный

мониторинг деятельности врачей. На протяжении многих лет важнейшими отличительными чертами датской системы здравоохранения являются механизм контроля доступа к специализированной медицинской помощи и к услугам врачей-специалистов, который осуществляется силами выполняющих роль «привратника» врачей общей практики, а также общий принцип подхода к лечению, который заключается в том, что пациенту следует обеспечить минимально эффективный уровень специализации лечения, а не свободный доступ к медицинским учреждениям более высокого уровня специализации.

В стране действует политика содействия замене лекарственных препаратов дженериками, и все региональные органы власти на местах осуществляют мониторинг использования лекарственных средств в медицинских учреждениях. Но несмотря на некоторые позитивные результаты, достигнутые в области установления цен на лекарства, усилия по сокращению общих затрат на фармацевтическую продукцию особым успехом не увенчались. Возможную экономию финансовых средств более чем перевешивает все более широкое использование новых и дорогих препаратов, а также изменения, касающиеся назначения медикаментозного лечения гипертонии, повышенного уровня холестерина и т. п. В некоторых районах проводились эксперименты по замене врачей медсестринским персоналом, но наиболее важным фактором эффективности работы сектора здравоохранения стал повсеместный и в основном успешный переход от лечения в условиях стационара к амбулаторному лечению.

8.5. Подотчетность покупателей и поставщиков медицинских услуг

Подотчетность покупателей и поставщиков медицинских услуг главным образом обеспечивается путем организации иерархического контроля внутри политико-бюрократических структур национального, регионального и муниципального уровней. Процессы бюджетирования и общего хозяйственного руководства включают подотчетность и оценку работы на всех уровнях. На проводимых ежегодно переговорах между центром и региональными и муниципальными органами власти обсуждаются такие вопросы, как оценки потребностей, результатов работы и новых сфер деятельности.

В основе регионального и муниципального государственного управления лежит система заключения контрактов, создания стимулов и мер надзора за деятельностью больниц и других государственных учреждений. Мониторингом и финансированием деятельности практикующих врачей, оказывающих первичную и вторичную медицинскую помощь, занимаются областные органы власти в соответствии с общенациональными прецедентами цен на медицинские услуги.

Качество работы врачей отслеживается силами государственных инспекторов общественного здравоохранения путем реализации внутренних бюрократических процедур, государственных мер по обеспечению удовлетворенности пациентов медицинским обслуживанием, а также различных инициатив, проводимых на национальном и региональном уровнях и направленных на разработку соответствующих норм, клинических протоколов, медицинских баз данных и т. п. С 2007 года все больницы страны были включены в Датскую систему обеспечения качества в здравоохранении, и теперь через регулярные промежутки времени проводится процедура их внешней аккредитации (см. раздел 7.2). Кроме того, создана общенациональная система отчетности о случаях неумышленного причинения вреда здоровью.

Неотъемлемым элементом системы здравоохранения стали оценки медицинских технологий (ОМТ), а также другие виды оценок, которые проводятся на региональном или местном уровне. ОМТ проводятся на национальном, региональном и местном уровнях. Практика проведения ОМТ приобрела официальный характер; оценки медицинских технологий осуществляются на базе одного национального института и нескольких областных центров. ОМТ рекомендуется проводить в связи с принятием всех важнейших решений в сфере здравоохранения, однако пока эта практика применяется не повсеместно. В дополнение к обязательной общенациональной программе обеспечения качества оценки могут также проводиться по инициативе местных или региональных органов.

В последние годы были расширены и формализованы права пациентов (см. пункт 2.5.2). В целом эти права соблюдаются, и в стране действуют механизмы введения санкций за ненадлежащее выполнение медицинскими работниками своих профессиональных функций или какие-либо злоупотребления с их стороны.

8.6. Вклад системы здравоохранения в улучшение состояния здоровья населения

Оценить реальный вклад системы здравоохранения в улучшение состояния здоровья населения страны довольно трудно. Все зависит от степени использования услуг здравоохранения и от того промежутка времени, о котором идет речь. Например, в 1950-е годы смертность в Дании установилась практически на одном уровне, но при этом затраты на здравоохранение начали существенно расти. Однако в последние десятилетия смертность от сердечных заболеваний в стране значительно снизилась. Частично это обусловлено повышением уровня выживаемости пациентов, страдающих болезнями сердца. Кроме того, благодаря усовершенствованию медицинских вмешательств возросла также выживаемость пациентов, страдающих некоторыми видами раковых заболеваний. Считается, что по общему, а также по некоторым структурным показателям смертности Дания пока еще отстает от других стран Северной Европы. Вероятно, это объясняется сочетанием ряда медицинских, экологических и поведенческих факторов. Есть также основания полагать, что в результате применения более передовых методов хирургического и медикаментозного лечения улучшились функциональные возможности и качество жизни населения Дании, однако количественных подтверждений этого предположения мало. Результаты одного из последних исследований, в котором анализировался уровень предотвратимой смертности в 19 промышленно развитых странах, свидетельствуют о том, что показатели работы датской системы здравоохранения соответствуют среднему уровню. Они не так высоки, как в остальных странах Скандинавии (а именно в Норвегии и Швеции), но лучше, чем в Соединенном Королевстве, Португалии, Ирландии, США, Австрии, Новой Зеландии и Греции (Nolte & McKee 2003). Метод оценки показателей работы систем здравоохранения, используемый в Докладе ВОЗ о состоянии здравоохранения в мире (2000), далек от совершенства и повсеместно вызывает споры, однако результаты его применения показывают, что система здравоохранения Дании работает довольно слабо (Nolte & McKee 2003).

Несмотря на недостаточное вмешательство датской системы общественного здравоохранения в эту сферу, в стране наметилась постепенная, хотя в последнее время и несколько замедлившаяся тенденция к уменьшению потребления табачной продукции. Однако

15 августа 2007 года в Дании был введен новый, более жесткий закон, запрещающий курение в общественных местах. Уровень потребления алкоголя также является высоким, несмотря на все усилия в этой области и проведение антиалкогольных кампаний (правда, эти усилия были нейтрализованы снижением налогов на спиртные напитки). В настоящее время одним из насущных вопросов в области общественного здравоохранения стала проблема ожирения и связанных с ним заболеваний (в частности, диабета). Однако каких-либо существенных мероприятий в этой связи пока что проведено не было.

В Дании все более актуальной становится проблема неравенства в здоровье среди групп населения, различных по уровню образования и роду деятельности (Mackenbach et al. 2003). Вместе с тем нет никаких доказательств, свидетельствующих о том, что это обусловлено неравным доступом к услугам здравоохранения или к их использованию, за исключением некоторых видов услуг (например, стоматологических), которые предполагают довольно значительные соплатежи пациентов. Скорее всего, такое неравенство вызвано неблагоприятными социальными и экологическими условиями и некоторыми видами поведения людей из определенных групп населения в отношении своего здоровья, но это уже вопросы из разряда тех, которые с помощью проводимых в настоящее время мероприятий в сфере здравоохранения решить невозможно.

9. Заключение

Общая картина, которая складывается на основании всех изложенных здесь фактов, дает представление об интегрированной, но при этом децентрализованной системе здравоохранения, обеспечивающей устойчиво хорошее соотношение цены и качества. В системе управления, в которой используются преимущественно политические и административные методы, поддерживается динамическое равновесие между задачами по обеспечению равенства, эффективности и сдерживания затрат и относительно высоким уровнем услуг и их качества. Для достижения такого равновесия используется целый ряд инструментов. Тем не менее способность страны и в будущем соблюсти в этом отношении сколько-нибудь приемлемый баланс вызывает определенные сомнения. Как и для всех западных стран, для Дании характерны рост спроса на высококачественные медицинские услуги, старение населения и быстрое развитие медицинских технологий; все это в результате приводит к необходимости увеличения расходов на здравоохранение. Вместе с тем вопросы здравоохранения приобретают все более политизированный характер и являются предметом все большего внимания со стороны как политических партий, так и голосующего населения.

Тот факт, что вопросы здравоохранения могут обеспечить как победу на выборах, так и провал, является общепризнанным. Подогреваемое средствами массовой информации восприятие обществом таких проблем, как срок ожидания плановой медицинской помощи, относительно низкая продолжительность жизни датчан по сравнению с жителями других стран Скандинавии, а также не отвечающие

установленным стандартам результаты лечения ряда важнейших категорий заболеваний (например, сердечно-сосудистых и онкологических), способствовало большему, чем ранее, скептицизму населения по отношению как к медицинским работникам, так и к органам здравоохранения вообще. Об этом свидетельствует характер освещения вопросов здравоохранения в СМИ, хотя общенациональные исследования уровня удовлетворенности пациентов демонстрируют замечательно высокие, хотя и несколько снижающиеся показатели удовлетворенности населения системой здравоохранения.

Под воздействием различных сил и в результате изменений политической ситуации в секторе здравоохранения было проведено много новых реформ. Благодаря этим реформам укрепился статус пациентов и постепенно меняется управленческая культура, в которой профессиональное и децентрализованное политическое управление стало сочетаться со всевозможными схемами национального мониторинга, контроля и стимулирования. Некоторые аспекты последних реформ стоит упомянуть отдельно. Во-первых, постепенно стал меняться общий подход к медицинскому обслуживанию: если раньше основное внимание уделялось местным клиническим вопросам, то теперь подход стал более глобальным и научно обоснованным; во-вторых, системы обеспечения прозрачности вошли в более или менее непростой альянс с управленческими требованиями подотчетности и контроля, обеспечиваемыми с помощью аудита; наконец, в-третьих, более сознательно стали использоваться экономические стимулы как инструмент воздействия на поведение людей на уровне отделений, больниц, а также на региональном и муниципальном уровнях. Все это постепенно меняет «правила игры», систему ценностей и оценку затрат и результатов в системе здравоохранения. Кроме того, в 1993 году был введен закон о свободном выборе пациентом медицинского учреждения, который ценен и сам по себе, и как инструмент воздействия на государственную систему медицинских учреждений. Возможность выбора медицинского учреждения сопровождается гарантией, касающейся срока ожидания плановой медицинской помощи, благодаря чему пациенты могут воспользоваться расширенной свободой выбора, т. е. обратиться еще и в некоторые частные клиники в Дании и за границей, если предполагаемый срок ожидания превышает один месяц с даты выдачи направления на лечение.

Таким образом, датская система здравоохранения постепенно перешла от преимущественно иерархических методов управления и «спроса, стимулируемого врачами», к системе, которая основывает-

ся на управлении спросом и предложением в сочетании с повышением роли экономических стимулов и появлением возможностей для более мотивированного с экономической точки зрения поведения, как в государственном секторе, так и со стороны частных игроков.

К конкретным мерам по улучшению положения пациентов можно отнести общую гарантию, ограничивающую срок ожидания плановой медицинской помощи одним месяцем с даты получения направления на лечение; возможность свободного выбора лечебного учреждения; а также укрепление общих прав пациентов на получение информации и установление диалога с системой здравоохранения. К этому следует прибавить постоянное внимание, которое уделяется вопросам координации маршрута пациента в системе здравоохранения, начиная от первичной диагностики и кончая лечением и последующей реабилитацией. Система стимулирования включает введение частичного финансирования больниц на основе КСГ и софинансирования региональных служб здравоохранения со стороны муниципалитетов. Другие меры по улучшению показателей работы системы здравоохранения направлены на организацию систем детального мониторинга и контроля медицинских услуг и их качества. В Датской национальной программе оценки качества, которая в ближайшие годы должна заработать во всех отраслях системы здравоохранения, используется сочетание оценок получателей услуг, самооценок и внешней аккредитации.

С 1 января 2007 года вступила в силу структурная реформа, которая изменила ту административную схему, в рамках которой производится управление здравоохранением. Существовавшие ранее 14 округов были преобразованы в 5 административных областей, за которыми закреплены в основном те же обязанности по обеспечению первичной медико-санитарной помощи и работы больниц, но при этом, что очень важно, отозвано право самостоятельно собирать налоги. И укрупнение административных единиц, и переход к преимущественно государственному финансированию здравоохранения можно рассматривать как рецентрализацию полномочий. Дополнительно это было подкреплено усилением роли Национального совета здравоохранения в планировании потенциала специализированной медицинской помощи. При этом общая тенденция к централизации полномочий в управлении здравоохранением сочетается с новой ролью муниципалитетов как органов, участвующих в финансировании услуг здравоохранения и несущих основную административную ответственность за обеспечение реабилитации, профилактики

заболеваний и укрепления здоровья населения. Софинансирование со стороны муниципалитетов – это уникальная особенность Дании, и цель этой системы состоит в том, чтобы муниципалитеты были больше заинтересованы в обеспечении профилактики заболеваний и замене стационарного лечения различными формами амбулаторного. Вопрос о том, насколько муниципалитеты в состоянии это сделать, вызывает споры, но, похоже, большинство муниципалитетов действительно включилось в активную работу по организации новых мероприятий в сфере здравоохранения.

Одним из главных аргументов в пользу этой структурной реформы была необходимость улучшить координацию и обеспечить более эффективный маршрут пациента в системе здравоохранения. Этим целям действительно можно добиться внутри укрупненных областей, однако при этом могут возникнуть проблемы, связанные с координацией работы органов областного и муниципального уровней, вследствие новых финансовых взаимоотношений и потенциального конфликта интересов. Предполагается, что за этим будут следить специальные координационные советы, но, разумеется, о результатах можно будет судить только через некоторое время.

Структурные преобразования не ограничились административным уровнем. Новые областные администрации, а также новые муниципалитеты активно стремятся создать новую инфраструктуру медицинских услуг. Это выражается в том, что во всех областях при активной политической поддержке проводятся слияния и закрытия некоторых больниц и их отделений; цель этих мероприятий состоит в том, чтобы воспользоваться преимуществами больших масштабов. Какие-то из этих преобразований, возможно, приведут к успеху, но от некоторых этого ожидать трудно. Общий эффект реформы будет виден уже в ближайшие годы, хотя установить однозначную причинно-следственную связь здесь будет довольно трудно. Многие полагают, что со временем, из-за возникающих проблем, между регионами и центром начнутся «поиски виноватого», так как у регионов есть стимулы для повышения требований в отношении финансирования, и тут они, скорее всего, получат гораздо большую, чем раньше, поддержку населения, поскольку до реформы более высокий уровень услуг был непосредственно связан с более высоким уровнем налогообложения.

Равенство по-прежнему остается одной из основополагающих ценностей датской системы здравоохранения, но это сочетается с давней традицией частной врачебной практики, а также с возможностями

дополняющего ДМС, особенно в целях покрытия соплатежей. Некоторые события могут привести к медленному фактическому размыванию принципа равенства. Прежде всего, быстрое распространение дополняющего ДМС упростит для определенных сегментов населения доступ к частной медицине. Это, по всей видимости, приведет к усилению роли частного и государственного предпринимательства, поскольку на рынок придут новые игроки, и учреждения общественного здравоохранения будут пытаться справиться с возникающими проблемами путем создания концепций более дифференцированных услуг. Во-вторых, спрос на более специализированные услуги в секторе общественного здравоохранения в сочетании с повышенным вниманием к образу жизни людей и вопросам причинения вреда своему здоровью может стать одним из элементов более общих перемен в культуре восприятия услуг здравоохранения.

Еще одним фактором, который способствует постепенному изменению политической ситуации, является интернационализация здравоохранения, в особенности развитие внутренних рынков рабочей силы, товаров и услуг в рамках Евросоюза. Мобильность медицинских работников и пациентов в странах ЕС постепенно оказывает свое влияние и на датскую систему здравоохранения. Трансграничная мобильность пациентов представляет ряд трудностей для национального планирования и вносит соответствующие изменения в национальную политику в области здравоохранения. Одним из вариантов решения вопроса нехватки квалифицированных кадров в датской системе здравоохранения может стать привлечение специалистов из-за рубежа, но это вызовет также и новые проблемы, касающиеся коммуникаций, культурных барьеров и контроля качества.

10. Приложения

10.1. Библиография

Aagaard J, Nielsen JA (2004). Experience from the first ACT programme in Denmark. II. Severe mental illness. A register diagnosis. *Nordic Journal of Psychiatry*, 58:171–174.

Advisory Committee to the Minister for the Interior and Health [Indenrigsog Sundhedsministerens radgivende udvalg] (2003). *Sundhedssektorens organisering – sygehuse, incitament, amter og alternativer [The organisation of the health care sector – hospitals, incentives, counties and alternatives]*. Copenhagen, Indenrigs- og Sundhedsministeriet [Ministry of the Interior and Health] (http://www.im.dk/publikationer/sundhedsvorg/rapport_jan_03.pdf, accessed 11 June 2007).

Ankjær-Jensen A, Rath MB (2004). *Takststyring af sygehuse. 1. delrapport: implementering af takststyringsmodeller i 4 amter [Case-based hospital financing. Report part 1: implementation of case-based financing models in 4 counties]*. Copenhagen, DSI – Institut for Sundhedsven [DSI – Danish Institute of Health Services Research].

Association of County Councils [Amtsradsforeningen] (2004). *Amtsradsforeningens beretning 2003 [Annual report from the Association of County Councils 2003]*. Copenhagen, Amtsradsforeningen (<http://www.arf.dk/OmForeningen/Generalforsamling2004/Beretning.htm>, accessed 4 November 2005).

Association of County Councils [Amtsrådsforeningen] (2005) [web site]. Copenhagen, Amtsrådsforeningen (<http://www.arf.dk>, accessed 4 November 2005).

Association of County Councils, Copenhagen Hospital Co-operation (H:S), Ministry of Finance, Ministry of the Interior and Health [Amtsrådsforeningen, Hovedstadens Sygehusf.llesskab, Finansministeriet, & Indenrigs- og Sundhedsministeriet] (2004). *Rapport fra arbejdsgruppen om evaluering af det udvidede frie sygehusvalg [An evaluation of the extended free choice of hospital – a working group report]*. Copenhagen, Amtsrådsforeningen, Hovedstadens Sygehusf.llesskab, Finansministeriet, & Indenrigs- og Sundhedsministeriet (http://www.im.dk/publikationer/Rapport_evalu_frit_svalg/rapport_evalu_frit_svalg.pdf, accessed 11 June 2007).

Association of County Councils, Ministry of Health, National Association of Local Authorities [Amtsrådsforeningen, Sundhedsministeriet, Kommunernes Landsforening] (2001). *Hjælp til at leve til man dør. Rapport fra arbejdsgruppe om palliativ indsats i amter og kommuner [Assistance to live until one dies. Palliative efforts in counties and муниципалитеты. A working group report]*. Copenhagen, Amtsrådsforeningen, Sundhedsministeriet, Kommunernes Landsforening (<http://www.sum.dk/publikationer/palliativ/index.htm>, accessed 4 November 2005).

Association of Danish Physiotherapists [Danske Fysioterapeuter] (2005) [web site]. Medlemstal [Number of members]. Copenhagen, Danske Fysioterapeuter (<http://www.fysio.dk>, accessed 4 November 2005).

Birk HO, Henriksen LO (2003). Brugen af det frie sygehusvalg inden for tre amter, 1991–1999 [The use of the free choice of hospital rights in three different counties, 1991–1999]. *Ugeskr Laeger*, 165(38):3613–3616.

Birk HO, Vrangbæk K, Winblad U, Østergren K (2007). Patients reactions to hospital choice in Norway, Denmark, and Sweden. *Health Economics, Policy and Law*, 2(2):125–152.

Brunn-Rasmussen M, Bernstein K, Vingtoft S, Andersen SK, Nøhr C (2003). *EPJ Observatoriet statusrapport 2003 [EHR Observatory status report 2003]*. Ålborg, EPJ Observatoriet.

Cancer Steering Committee [Kræft Styregruppen] (2000). Den nationale kræftplan, status og forslag til initiativer i relation til kræftbehandlingen – februar 2000 [The national cancer strategy, status and proposals for initiatives related to cancer care – February 2000]. Copenhagen, Sund-

hedsministeriet [Ministry of Health] (<http://im.dk/publikationer/kræftplan/index.htm>, accessed 11 June 2007).

Christensen M, Nielsen ML, Holm-Petersen C, Lassen A (2005). *Sygehusstruktur i Danmark – en antologi om konsekvenserne af centralisering i sygehusvæsenet [The structure of the hospital sector in Denmark – the consequences of centralisation in the hospital sector. An anthology]*. Copenhagen, DSI – Institut for Sundhedsvæsen [DSI – Danish Institute of Health Services Research].

CIA (2005). *The World Factbook*. Washington, DC, Central Intelligence Agency.

CIA (2007) *The World Factbook*. Washington, DC, Central Intelligence Agency (<https://www.cia.gov/library/publications/the-world-factbook/index.html>, accessed 12 July 2007).

Dagens Medicin (2005) [web site]. Copenhagen, Dagens Medicin (<http://www.dagensmedicin.dk>, accessed 4 November 2005).

Danish Association of Psychologists [Dansk Psykolog Forening] (2005) [web site]. Om foreningen [About the association]. Copenhagen, Dansk Psykolog Forening (<http://www.dp.dk>, accessed 4 November 2005).

Danish Association of the Pharmaceutical Industry [Lægemedelindustriforeningen] (2005) [web site]. Sundhed er en del af moderne personaleordninger [Health as a part of modern human resource programme]. Copenhagen, Lægemedelindustriforeningen (<http://www.lifdk.dk/sw10476.asp>, accessed 14 June 2007).

Danish Cancer Society [Kræftens bekæmpelse] (2005) [web site]. Kræftens bekæmpelses politik vedrørende palliation – lindrende behandling [The policy of the Danish Cancer Society regarding Паллиативное лечение]. Copenhagen, Kræftens bekæmpelse (<http://www.cancer.dk/Cancer/Nyheder/Vi+mener/politik+vedroerende+palliation+lindrende+behandling.htm>, accessed 12 June 2007).

Danish Centre for Health Technology Assessment [Center for Evaluering og Medicinsk Teknologivurdering] (2005) [web site]. Purpose, Vision & Strategic Plan. Copenhagen, Sundhedsstyrelsen [National Board of Health] (http://www.sst.dk/Planlaegning_og_behandling/Medicinsk_teknologivurdering/Om_CEMTV/Formaal_visioner_strategi.aspx?lang=enwww.mtv-instituttet.dk, accessed 4 November 2005).

Danish Chiropractors' Association [Dansk Kiropraktor Forening] (2005) [web site]. Generelle oplysninger [General information]. Copenhagen, Dansk Kiropraktor Forening (<http://www.kiropraktor-foreningen.dk>, accessed 4 November 2005).

Danish Council for Research Policy [Danmarks Forskningspolitiske Råd] (2005). *Årsrapport 2004 for Forskningsstyrelsen [Annual Report 2004, Danish Research Agency]*. Copenhagen, Ministeriet for Videnskab, Teknologi og Udvikling [Ministry of Science, Technology and Innovation] [<http://fist.dk/site/forside/publikationer/2005/aarsrapport-2004-for-forskningsstyrelsen/aarsrapport-forskningsstyrelsen-2004.pdf>, accessed 14 August 2007).

Danish Dental Association [Dansk Tandlæge Forening] (2005) [web site]. EU manual of dental practice 2004. Copenhagen, Dansk Tandlæge Forening (http://www.dtfnet.dk/df/pics/doksys/o100/k203/EU_Manual_of_Dental_Practice_Denmark.pdf, accessed 14 June 2007).

Danish eHealth Portal (2007) [website]. About the eHealth Portal. Copenhagen, Sundhed.dk (http://www.sundhed.dk/wps/portal/_s.155/1922?_FOLDER_ID_=1023050919183012&_ARTIKELGRUPPE_ID_=1023050919180045&_FOLDER_ROOT_ATTRIBUTE_=1023050919183012&_FOLDER_ROOT_ATTRIBUTE_=1023050919183012, accessed 14 August 2007).

Danish Medical Association [Lægeforeningen] (2005) [web site]. Copenhagen, Lægeforeningen (www.plo.dk, accessed 4 November 2005).

Danish Medicines Agency [Lægemiddelstyrelsen] (2005a) [web site]. New rules on reimbursement for medicinal products as of 1 April 2005. Copenhagen, Lægemiddelstyrelsen (http://www.laegemiddelstyrelsen.dk/publikationer/netpub/UK/reports/medicintilskudsfolder_UK1/html/chapter01.htm, accessed 13 August 2007).

Danish Medicines Agency [Lægemiddelstyrelsen] (2005b) [web site]. The Council for Adverse Drug Reactions. Copenhagen, Lægemiddelstyrelsen (<http://www.dkma.dk/1024/visUKLSArtikel.asp?artikelID=2339>, accessed 12 June 2007).

Danish Medicines Agency [Lægemiddelstyrelsen] (2006) [web site]. Medicinal Products Statistics Denmark 2002–2006. Total sales. Copenhagen, Lægemiddelstyrelsen (http://www.laegemiddelstyrelsen.dk/db/filarkiv/6594/statistik_dk_2002-2006.pdf, accessed 12 June 2007).

Danish Mental Health Fund [Psykiatrifonden] (2005) [web site]. Psykiatrifonden, a politically neutral advocacy organisation for mental illness. Copenhagen, Pykiatrifonden (<http://www.psykiatrifonden.dk/Engelsk/pf.engelskartikel.pdf>, accessed 4 November 2005).

Danish National Centre for Employment Initiatives [Center for Aktiv Beskæftigelsesindsats] (2005) [web site]. Pasning af nærtstående med handicap eller alvorlig sygdom [Taking care of someone closely related suffering from a handicap or a severe illness]. Aarhus, Center for AktivBeskæftigelsesindsats (<http://www.fleksjob2.dk/Lovgivning/SocialService/PasningNaerst-HcpAlvSyg/PasningNaerst.htm>, accessed 12 June 2007).

Danish National Centre for Social Research [Socialforskningsinstituttet] (2005) [web site]. About the Institute. Copenhagen, Socialforskningsinstituttet (<http://www.sfi.dk/sw7169.asp>, accessed 14 June 2007).

Danish National Indicator Project [Det Nationale Indikatorprojekt] (2007) [website]. Information in English. Århus, The Coordinating Secretariat (NIP) (<http://www.nip.dk/>, accessed 14 August 2007).

Danish Parliament [Folketinget] (1971). *Lov om bornetandpleje*. Lov nr. 217 af 19. maj 1971 [*Act on children's dental care*. Act no. 217 of 19 May 1971]. Copenhagen, Folketinget.

Danish Parliament [Folketinget] (1986). *Lov om tandpleje*. Lov nr. 310 af 4. juni 1986 [*Act on dental care*. Act no. 310 of 4 June 1986]. Copenhagen, Folketinget.

Danish Pharmaceutical Association [Apotekerforeningen] (2006). *Annual report 2005–2006. Key figures 2005*. Copenhagen, Apotekerforeningen (<http://www.apotekerforeningen.dk/pdf/keyfigures2005.pdf>, accessed 4 November 2005).

Danish Society for Patient Safety [Dansk Selskab for Patientsikkerhed] (2007) [website]. *Lov om patientsikkerhed* [Act on Patient Safety]. Hvidovre, Dansk Selskab for Patientsikkerhed (<http://www.patientsikkerhed.dk/Loven>, accessed 13 August 2007).

DIKE (1997). *Danskernes sundhed mod år 2000* [*The health of the Danes approaching the year 2000*]. Copenhagen, Dansk Institut for Klinisk Epidemiologi [Danish Institute for Clinical Epidemiology].

DSI – Danish Institute of Health Services Research [DSI – Institut for Sundhedsvæsen] (2005) [web site]. About DSI. Copenhagen, DSI – Institut

for Sundhedsvæsen (http://www.dsi.dk/frz_about.htm, accessed 4 November 2005).

European Union (2005) [web site]. Internet portalen Europa [Portal Site of the EU]. EU medlemsstater Danmark [EU member states Denmark]. Brussels, European Union (http://europa.eu/abc/european_countries/eu_members/denmark/index_da.htm, accessed 4 November 2005).

Goldschmidt D, Groenvold M, Johnsen AT, Stromgren AS, Krasnik A, Schmidt L (2005). Cooperating with a palliative home-care team: expectations and evaluations of GPs and district nurses. *Palliat Med*, 19(3):241–250.

Gundgaard J (2006). Income-related equality in utilization of health services in Denmark: evidence from Funen County. *Scandinavian Journal of Public Health*, 34(5):462–471.

“Hansen I, Foldspang A, Poulsen S (2001). Use of a national database for strategic management of municipal oral health services for Danish children and adolescents. *Community Dent Oral Epidemiol*, 29(2):92–98.

Health Care Reimbursement Negotiating Committee, Danish Dental Association [Sygesikringens Forhandlingsudvalg og Dansk Tandlægeforening] (2004). *Overenskomst om tandlægehjælp [Contractual agreement on dental care]*. Af 09-06-1999, Ændret ved aftale af 08-10-2003. Copenhagen, Tandlægerne Nye Landsforening [Association of Public Health Dentists in Denmark (<http://www.tnl.dk/multimedia/Sygesikringsoverenskomst-01-04-2004.pdf>, accessed 12 June 2007).

Health Insurance «denmark» [Copenhagen Sygeforsikringen «danmark»] (2005) [web site]. Copenhagen Sygeforsikringen «danmark» (www.sygeforsikring.dk, accessed 4 November 2005).

Health Insurance «denmark» [Sygeforsikringen «danmark»] (2007) [web site]. What is danmark? (www.sygeforsikring.dk/Default.aspx?ID=229, accessed 16 August 2007).

Herborg H, Sørensen EW, Frøkjær B (2007). Pharmaceutical care in community pharmacies: practice and research in Denmark. *Ann Pharmacother*, 41(4):681–689.

Jarden ME, Jarden JO (2002). *Social and health-care policy for the elderly in Denmark*. New York, Global Action on Ageing (<http://www.globalaging.org/elderrights/world/densocialhealthcare.htm>, accessed 11 June 2007).

Johannessen H (2001). *Alternativ behandling i Europa [Alternative therapy in Europe]*. Copenhagen, Afdeling for Antropologi, Kobenhavns Universitet [Department of Anthropology, University of Copenhagen].

Jørgensen KP, Keiding H (2004). *Danske og udenlandske medicinpriser 2003 [Danish and foreign prices on pharmaceuticals]*. Copenhagen, Lægemiddelindustriforeningen [Danish Association of the Pharmaceutical Industry] (<https://ds.lif.dk/docushare/dsweb/Get/Document-9510/>, accessed 11 June 2007).

Jørgensen T, Hvenegaard A, Kristensen FB (2000). Health technology assessment in Denmark. *Int J Technol Assess Health Care*, 16(2):347–381.

Juel K (1999). *Livsstil, social ulighed og dødelighed. En ti års opfølgning af DIKEs Sundheds- og Sygelighedsundersøgelse. Notat nr. 8 til Sundhedsministeriets Middellevetidsudvalg [Lifestyle, social inequality and mortality. A 10-year follow-up of DICE' Health and Morbidity Survey. Note no. 8 to the Ministry of Health's average life expectancy committee]*. Copenhagen, Dansk Institut for Klinisk Epidemiologi [Danish Institute for Clinical Epidemiology].

Juel K (2001). Betydning af tobak, stort alkoholforbrug og stofmisbrug på dødeligheden i Danmark [Impact of tobacco, alcohol overconsumption and drug abuse on mortality in Denmark. Trends over 25 years, 1973–1997]. *Ugeskr Laeger*, 163(32):4190–4195.

Kjøller M, Rasmussen NK (2002). *Sundhed og sygelighed i Danmark 2000 & udviklingen siden 1987 [Health and morbidity in Denmark 2000 & the trends since 1987]*. Copenhagen, Statens Institut for Folkesundhed [National Institute of Public Health].

Krasnik A et al. (1990). Changing remuneration systems: effects on activity in general practice. *BMJ*, 300(6741):1698–1701.

Legal Information [Retsinformation] (1998) [website]. Lov om patienters retsstilling [Act on patients' legal position]. Copenhagen, Civilstyrelsen [Civil Affairs Agency] (http://147.29.40.90/_GETDOCI_/ACCN/A19980048230-REGL, accessed 4 November 2005).

Legal Information [Retsinformation] (2002) [website]. Bekendtgørelse af lov om sundhedsvæsenets centralstyrelse, LBK nr 790 [Ministerial order of Law of the central administration of health services, Ministerial order of Law no. 790]. Copenhagen, Civilstyrelsen [Civil Affairs Agency]

(http://147.29.40.90/_GETDOCM_/ACCN/A20020079029-REGL, accessed 27 August 2007).

Legal Information [Retsinformation] (2003) [website]. Lov om et videnskabetisk komitesystem og behandling af biomedicinske forskningsprojekter, LOV nr 402 [Law of a scientific ethical committee system and biomedical research projects, Law no. 402]. Copenhagen, Civilstyrelsen [Civil Affairs Agency] (http://147.29.40.90/_GETDOCM_/ACCN/A20030040230-REGL, accessed 27 August 2007).

Legal Information [Retsinformation] (2005a) [website]. Sundhedsloven, LOV nr 546 [Law of Health, Law no. 546]. Copenhagen, Civilstyrelsen [Civil Affairs Agency] (http://147.29.40.91/_GETDOCM_/ACCN/A20050054630-REGL, accessed 27 August 2007).

Legal Information [Retsinformation] (2005b) [website]. Lov om klage- og erstatningsadgang inden for sundhedsv.senet, Lov nr 547 [Act on complaints and access to compensation within the health care sector, Law no. 547]. Copenhagen, Civilstyrelsen [Civil Affairs Agency] (http://147.29.40.90/_GETDOCM_/ACCN/A20050054730-REGL, accessed 13 August 2007).

Legal Information [Retsinformation] (2005c) [website]. Lov om lægemidler, LOV nr 1180 [Law on pharmaceuticals, Law no. 1180]. Copenhagen, Civilstyrelsen [Civil Affairs Agency] (http://147.29.40.91/_GETDOCM_/ACCN/A20050118030-REGL, accessed 27 August 2007).

Legal Information [Retsinformation] (2005d) [website]. Bekendtgørelse af lov om foranstaltninger mod smitsomme og andre overførbare sygdomme, LBK nr 640 [Ministerial order of Law on infectious diseases, Ministerial order of Law no. 640]. Copenhagen, Civilstyrelsen [Civil Affairs Agency] (http://147.29.40.91/_GETDOCM_/ACCN/A20070064029-REGL, accessed 27 August 2007).

Legal Information [Retsinformation] (2005e) [website]. Lov om retspsykiatrisk behandling, LOV nr 1396 [Law on psychiatric treatment according to a legal proceeding, Law no. 1396]. Copenhagen, Civilstyrelsen [Civil Affairs Agency] (http://147.29.40.91/_GETDOCM_/ACCN/A20050139630-REGL, accessed 27 August 2007).

Legal Information [Retsinformation] (2006a) [website]. Lov om autorisation af sundhedspersoner og om sundhedsfaglig virksomhed, LOV nr 451 [Law of authorization of health professionals and of health care activities, Law no. 451]. Copenhagen, Civilstyrelsen [Civil Affairs Agency]

(http://147.29.40.90/_GETDOCM_/ACCN/A20060045130-REGL, accessed 27 August 2007).

Legal Information [Retsinformation] (2006b) [website]. Bekendtgørelse af lov om anvendelse af tvang i psykiatrien, LBK nr 1111 [Ministerial order of Law on use of force in psychiatric treatment, Ministerial Order of Law no. 1111]. Copenhagen, Civilstyrelsen [Civil Affairs Agency] (http://147.29.40.90/_GETDOCM_/ACCN/A20060111129-REGL, accessed 27 August 2007).

Legal Information [Retsinformation] (2007a) [website]. Bekendtgørelse af lov om social pension, LBK nr. 484 [Ministerial Order of Law on social security pension, Law no. 484]. Copenhagen, Civilstyrelsen [Civil Affairs Agency] (http://147.29.40.91/_GETDOCM_/ACCN/A20070048429-REGL, accessed 27 August 2007).

Legal Information [Retsinformation] (2007b) [website]. Bekendtgørelse af lov om social service, LBK nr. 58 [Ministerial Order of Law on social service, Law no. 58]. Copenhagen, Civilstyrelsen [Civil Affairs Agency] (http://147.29.40.91/_GETDOCM_/ACCN/A20070005829-REGL, accessed 27 August 2007).

Lippert S, Kverneland A (2003). The Danish national health informatics strategy. In: Baud R et al., eds *The new navigators: from professionals to patients*. IOS Press (Proceedings of the MIE (Medical Informatics Europe) congress, 4–7 May 2003, St Malo) (http://www.sst.dk/upload/nit2003_mie2003.pdf, accessed 11 June 2007).

Lissau I, Holst D, Friis-Hasche E (1990). Dental health behaviors and periodontal disease показатели in Danish youths. A 10-year epidemiological follow-up. *J Clin Periodontol*, 17(1):42–47.

Mackenbach JP et al. (2003) Widening socioeconomic inequalities in mortality in six western European countries. *International Journal of Epidemiology*, 32:830–837.

Mandag Morgen (2005) [web site]. Befolkningen frygter ikke forsikrings Danmark, 28-02-2005 [The Population is not afraid of a «insurance Denmark», 28-02-2005]. Copenhagen, Mandag Morgen (www.mm.dk, accessed 4 November 2005).

Mental Institute [Psykisk Institut] (2005) [web site]. Psykiatri [Psychiatry]. Århus, Psykisk Institut (<http://www.psykisk-institut.dk/psykologi/terapi/psykiatri.php>, accessed 4 November 2005).

Ministry of Education [Undervisningsministeriet] (2005a) [web site]. Optagelse på uddannelser 2005 [Intake on education programs 2005]. Copenhagen, Undervisningsministeriet (<http://www.optagelse.dk>, accessed 4 November 2005).

Ministry of Education [Undervisningsministeriet] (2005b) [web site]. Copenhagen, Undervisningsministeriet (www.uvm.dk, accessed 4 November 2005).

Ministry of Finance [Finansministeriet] (2001). *Borgerne og den offentlige service [The citizens and the public service]*. Copenhagen, Finansministeriet.

Ministry of Health [Sundhedsministeriet] (1998). Danskernes dødelighed i 1990'erne. 1. delrapport fra Middellevetidsudvalget, 1998:1 [The mortality rate of the Danish population in the 1990s. Report part 1 by the Ministry of Health's average life expectancy committee]. Copenhagen, Sundhedsministeriet (<http://www.im.dk/publikationer/dodeligh/index.htm>, accessed 12 June 2007).

Ministry of Health [Sundhedsministeriet] (1999). *Regeringens folkesundhedsprogram 1999–2008 [The governmental program for public health 1999–2008]*. Copenhagen, Sundhedsministeriet (<http://www.im.dk/publikationer/pdf/folkesundhed/folkesundhed.pdf>, accessed 12 June 2007).

Ministry of Health [Sundhedsministeriet] (2000). Social ulighed i sundhed. Forskelle i helbred, livsstil og brug af sundhedsv.senet. 2. delrapport fra iddellevetidsudvalget, 2000:2 [Social inequality in health. Differences in health, lifestyle and use of health services. Report part 2 by the Ministry of Health's average life expectancy committee]. Copenhagen, Sundhedsministeriet (http://www.im.dk/publikationer/soc_ulighed/kap3.htm, accessed 12 June 2007).

Ministry of Science, Technology and Innovation [Ministeriet for Videnskab, Teknologi og Udvikling] (2005) [web site]. Copenhagen, Ministeriet for Videnskab, Teknologi og Udvikling (www.videnskabministeriet.dk, accessed 4 November 2005).

Ministry of the Interior [Indenrigsministeriet] (1974). *Bekendtgørelse om børnetandpleje nr. 432 af 22. august 1974 [Ministerial order on children's dental care. Order no. 432 of 22 August 1974]*. Copenhagen, Indenrigsministeriet.

Ministry of the Interior and Health [Indenrigs- og Sundhedsministeriet] (2002a). *Health care in Denmark*, 5th edition. Copenhagen, Indenrigs- og

Sundhedsministeriet (http://www.im.dk/publikationer/healthcare_in_dk/healthcare.pdf, accessed 11 June 2007).

Ministry of the Interior and Health [Indenrigs- og Sundhedsministeriet] (2002b). *Regeringens folkesundhedsprogram 2002–2010 – Sund hele livet [Healthy throughout life – the targets and strategies for public health policy of the Government of Denmark, 2002–2010]*. Copenhagen, Indenrigs- og Sundhedsministeriet.

Ministry of the Interior and Health [Indenrigs- og Sundhedsministeriet] (2003a). *Bedre sundhed for børn og unge [Better health for children and the young ones]*. Copenhagen, Indenrigs- og Sundhedsministeriet.

Ministry of the Interior and Health [Indenrigs- og Sundhedsministeriet] (2003b). *National IT-strategi for sundhedsv.senet 2003–2007 [National IT strategy for the health care sector 2003–2007]*. Copenhagen, Indenrigs- og Sundhedsministeriet.

Ministry of the Interior and Health [Indenrigs- og Sundhedsministeriet] (2004a). *Nøgletal for amterne på sundhedsområdet [County key figures on health care]*. Copenhagen, Indenrigs- og Sundhedsministeriet.

Ministry of the Interior and Health [Indenrigs- og Sundhedsministeriet] (2004b). *Strukturkommissionens betænkning, nr. 1434, bind III, bilag, sektorkapitler [Recommendation of the commission of administrative structure, recommendation no. 1434, vol. III, suppl., sector chapters]*. Copenhagen, Indenrigs- og Sundhedsministeriet (http://im.dk/publikationer/strukturkom_bind_III/index.html, accessed 12 June 2007).

Ministry of the Interior and Health [Indenrigs- og Sundhedsministeriet] (2004c). *Sundhedssektoren i tal, 2002/2003 [The health care sector in figures, 2002/2003]*. Copenhagen, Indenrigs- og Sundhedsministeriet.

Ministry of the Interior and Health [Indenrigs- og Sundhedsministeriet] (2004d) [website]. Staying in Denmark. How do you get help in case of illness? – EEC rules on health care during temporary stays in Denmark. Copenhagen, Indenrigs- og Sundhedsministeriet (<http://im.dk/im/site.aspx?p=34&t=ForsideVisartikel &Articleid=4169>, accessed 13 August 2007).

Ministry of the Interior and Health [Indenrigs- og Sundhedsministeriet] (2005a). *Løbende offentliggørelse af produktivitet i sygehussektoren – første delrapport [Current publication of productivity in the hospital sector]*. Copenhagen, Indenrigs- og Sundhedsministeriet.

Ministry of the Interior and Health [Indenrigs- og Sundhedsministeriet] (2005b). *Sundhedssektoren i tal, april 2005 [The health care sector in figures, April 2005]*. Copenhagen, Indenrigs- og Sundhedsministeriet.

Ministry of the Interior and Health [Indenrigs- og Sundhedsministeriet] (2005c). *Evaluering af takststyring på sygehusområdet [Evaluation of case-based financing in the hospital sector]*. Copenhagen, Indenrigs- og Sundhedsministeriet.

Ministry of the Interior and Health [Indenrigs- og Sundhedsministeriet] (2005d). *Produktivitet i sundhedsv.senet – åbenhed og fokus [Productivity in the health care sector – openness and focus]*. Copenhagen, Indenrigs- og Sundhedsministeriet.

Ministry of the Interior and Health [Indenrigs- og Sundhedsministeriet] (2005e) [website]. Copenhagen, Indenrigs- og Sundhedsministeriet (<http://www.im.dk>, accessed 4 November 2005).

Ministry of the Interior and Health [Indenrigs- og Sundhedsministeriet] (2006). *Sundhedssektoren i tal, Juni 2006 [The health care sector in figures, June 2006]*. Copenhagen, Indenrigs- og Sundhedsministeriet.

Ministry of the Interior and Health [Indenrigs- og Sundhedsministeriet] (2007) [website]. *Frit valg af sygehus [Free Choice of Hospital]*. Copenhagen, Indenrigs- og Sundhedsministeriet (http://www.sst.dk/upload/informatik_og_sundhedsdata/sundhedsstatistik/registre/patientinfo/frit-valg_jan_2007.pdf, accessed 13 August 2007).

Ministry of the Interior and Health , Ministry of Social Affairs [Indenrigs- og Sundhedsministeriet & Socialministeriet] (2004). *Fælles værdigrundlag for den offentlige indsats i social- og sundhedssektoren for mennesker med en sindslidelse – et udkast [Common values for the efforts of the public social and health care sector regarding people with a mental disorder – a draft]*. Copenhagen, Indenrigs- og Sundhedsministeriet & Socialministeriet.

Mossialos E, Thomson S (2002). *Voluntary health insurance in the European Union: a study for the European Commission*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies.

National Association of Local Authorities [Kommunernes Landsforening] (2005) [web site]. Copenhagen, Kommunernes Landsforening (<http://www.kl.dk>, accessed 4 November 2005).

National Board of Health (1996). The Health Technology Assessment Committee national strategy for health technology assessment. Copenhagen, National Board of Health.

National Board of Health [Sundhedsstyrelsen] (1999). *Faglige retningslinier for den palliative indsats: omsorg for alvorligt syge og døende [Professional guidelines for palliative care: care for the severely ill and terminal care]*. Copenhagen, Sundhedsstyrelsen (http://www.sst.dk/publ/publ1999/palliativ_indsats/indhold.html, accessed 4 November 2005).

National Board of Health [Sundhedsstyrelsen] (2005a) [web site]. Sundheds A-Å/patient rettigheder [Health A-Z/patient rights]. Copenhagen, Sundhedsstyrelsen (<http://www.sst.dk/Sundhed3A/Patientrettigheder.aspx>, accessed 4 November 2005).

National Board of Health [Sundhedsstyrelsen] (2005b) [web site]. Dødsårsagsregister [Causes of Death Registry]. Copenhagen, Sundhedsstyrelsen (http://www.sst.dk/Informatik_og_sundhedsdata/Registre_og_sundhedsstatistik/Beskrivelse_af_registre/Doedsaarsagsregister.aspx, accessed 4 November 2005).

National Board of Health [Sundhedsstyrelsen] (2005c) [web site]. Landspatientregister [National Patient Registry]. Copenhagen, Sundhedsstyrelsen (http://www.sst.dk/Informatik_og_sundhedsdata/Registre_og_sundhedsstatistik/Beskrivelse_af_registre/Landspatientregister.aspx?, accessed 4 November 2005).

National Board of Health [Sundhedsstyrelsen] (2005d). *Sygehusstatistik 2002 [Statistics of the health services]*. Copenhagen, Sundhedsstyrelsen (http://www.sst.dk/publ/publ2005/SESS/Sygehusstatistik/Sygehusstatistik_2002.pdf, accessed 12 June 2007).

National Institute of Public Health [Statens Institut for Folkesundhed] (2003). Zoneterapi – den hyppigst anvendte form for alternative behandling [Zone therapy – the most frequently used type of alternative therapy]. *Ugens Tal for Folkesundhed*, uge 23, 2003 [*Weekly Update on Public Health*, Week 23, 2003]. Copenhagen, Statens Institut for Folkesundhed, Syddansk Universitet [National Institute of Health, University of Southern Denmark] (<http://niph.dk>, accessed 12 June 2007).

National Institute of Public Health [Statens Institut for Folkesundhed] (2005) [web site]. Forside [Home page]. Statens Institut for

Folkesundhed, Syddansk Universitet [National Institute of Health, University of Southern Denmark] (www.si-folkesundhed.dk, accessed 14 June 2007).

National Serum Institute [Statens Serum Institut] (2005) [web site]. Copenhagen, Statens Serum Institut (www.ssi.dk, accessed 4 November 2005).

Nolte E, McKee M (2003). Measuring the health of nations: analysis of mortality amenable to health care. *BMJ*, 327(7424):1129.

NOMESCO (2005). *Health statistics in the Nordic countries 2003*. Copenhagen, Nordic Medico-Statistical Committee.

OECD (2004). Health data 2004 [online database]. Paris, Organisation for Economic Co-operation and Development (<http://www.OECD.org>, accessed 4 November 2005).

OECD (2006). Health data 2006 [online database]. Paris, Organisation for Economic Co-operation and Development (<http://www.OECD.org>, accessed 12 June 2007).

OECD (2007). Health data 2007 [online database]. Paris, Organisation for Economic Co-operation and Development (<http://www.OECD.org>, accessed 12 July 2007).

Pallesen T (1997). Health care reform in Britain and Denmark: the politics of economic success and failure [PhD dissertation]. *Politica*, University of Aarhus.

Patients' Complaints Board [Sundhedsvæsenets Patientklagenævn] (2003). *Afgørelser og Praksis. Årsberetning 2003 [Decisions and practice, annual report 2003]*. Copenhagen, Sundhedsvæsenets Patientklagenævn (http://patientklagenævnet.dk/public/dokumenter/prak_03.pdf, accessed 12 June 2007).

Patients' Complaints Board [Sundhedsvæsenets Patientklagenævn] (2005) [web site]. Copenhagen, Sundhedsvæsenets Patientklagenævnet (<http://www.pkn.dk>, accessed 4 November 2005).

Payne KA, Wilson CM, Caro JJ, O'Brien JA (1999). Resource use by dementia patients and caregivers: an international survey of medical and social services and processes of long-term care. *Annals of long-term care*, 7[7]:263–276.

Pedersen KM, Christiansen T, Bech M (2005). The Danish health care system: evolution not revolution in a decentralized system. *Health Econ*, 14(Suppl. 1):S41–S57.

Petersen PE, Torres AM (1999). Preventive oral health care and health promotion provided for children and adolescents by the Municipal Dental Health Service in Denmark. *Int J Paediatr Dent*, 9(2):81–91.

Peto R, Lopez AD, Boreham J, Thun M (2006). *Mortality from smoking in the developed countries 1950–2000*, 2nd ed. (<http://www.ctsu.ox.ac.uk>, accessed 11 June 2007).

PLS Ramboll (2004). *Monitorering af danskernes rygevaner 2004 [Monitoring the smoking habits of the Danes 2004]*. Copenhagen, Sundhedsstyrelsen, Kræftens Bekæmpelse, Hjerteforeningen, Danmarks Lungeforening [National Board of Health, Danish Cancer Society, Danish Heart Foundation and Danish Lung Association].

Seemann J (2003). Sundhedsplanlægning i et interorganisatorisk perspektiv [Health planning from an interorganizational perspective]. Copenhagen, Forskningscenter for Ledelse og Organisation i Sygehusvæsenet (FLOS) [Research Centre for Management and Organisation in the Hospital Sector (FLOS)].

Søgaard J (2004). Om sundhedsvæsenet [About the health services]. In: Bakke JF, Petersen UH, eds *Hvorhen Danmark? Perspektiver på kommunalreformen [Where now Denmark? Perspectives on the local government reform]*. Copenhagen, Nyt fra samfundsvidenskaberne.

Statistics Denmark [Danmarks Statistik] (2004) [web site]. Befolkningens brug af internet 2004 (serviceerhverv) [Internet access of the Danish population 2004 (service trade)]. Copenhagen, Danmarks Statistik (<http://dst.dk/HomeUK.aspx>, accessed 4 November 2005).

Statistics Denmark [Danmarks Statistik] (2005) [web site]. Copenhagen, Danmarks Statistik (<http://www.dst.dk>, accessed 4 November 2005).

Steensen J, Juel K (1990). *Sygehusindlæggelser og sociale forhold [The social distribution of hospital admissions]*. Copenhagen, Dansk Sygehusinstitut og Dansk Institut for Klinisk Epidemiologi [DSI – Institute of Health Services Research & Danish Institute for Clinical Epidemiology].

Strandberg-Larsen MS, Krasnik A (2006). The coordination of cancer care from the perspective of primary care providers – an assessment in a selected region of Denmark at the baseline for the second national cancer plan. *Social Medicinsk Tidsskrift*, 83(suppl.):125–126.

Strandberg-Larsen M, Nielsen MB, Krasnik A (2007). Are joint health plans effective for coordination of health services? – An analysis based on theory and Danish pre-reform results. *International Journal of Integrated Care* (In Press).

Strandberg-Larsen M, Nielsen MB, Krasnik A, Vrangbaek K (2006). Is Denmark prepared to meet future health care demands? *Eurohealth*, 12(4):7–10.

Strömngren AS et al. (2005). A Longitudinal study of Паллиативное лечение: patientevaluated outcome and impact of attrition. *Cancer*, 103(8):1747–1755.

The Counties, Copenhagen Hospital Co-operation (H:S), Ministry of the Interior and Health [Amterne, H:S, Indenrigs- og Sundhedsministeriet] (2005). Patienters oplevelser på landets sygehuse 2004 [The experiences of patients from hospitals in the country 2004]. Københavns Amt, Enheden for Brugerundersøgelser [Copenhagen County, Unit of Patient Evaluation] ([http://www.frederiksberghospital.dk/frederiksberg.nsf/pics/LPU2004.pdf/\\$FILE/LPU2004.pdf](http://www.frederiksberghospital.dk/frederiksberg.nsf/pics/LPU2004.pdf/$FILE/LPU2004.pdf), accessed 4 November 2005).

Thomson S, Mossialos E (2004). The regulatory framework for voluntary health insurance in the European Union: implications for accession countries. In: den Exter A, ed. *Health and accession*. Rotterdam, Erasmus University.

University College Øresund, Center for Higher Education (2005) [web site]. Copenhagen, University College Øresund (<http://www.cvuoeresund.dk>, accessed 4 November 2005).

Vallgård S (1989). Hospitals and the poor in Denmark, 1750–1880. *Scandinavian Journal of History*, 13:95–105.

Vallgård S (1992). *Sygehuse og sygehuspolitik i Danmark. Et bidrag til det specialiserede sygehusvæsens historie 1930–1987 [Hospitals and policy in Denmark. A contribution to the history of specialised hospitals 1930–1987]*. Copenhagen, DJØF's forlag.

Vallgård S (1999a). Who went to a general hospital during 18th and 19th centuries in Copenhagen? *European Journal of Public Health*, 9(97):102.

Vallgård S (1999b). Rise, heyday and incipient decline of specialisation. Hospitals in Denmark 1930–1990. *International Journal of Health Services*, 29:431–457.

Vallgård S (2001). Governing people's lives. Strategies for improving the health of the nations in England, Denmark, Norway and Sweden. *European Journal of Public Health*, 11(4): 386–392.

Vallgård S (2007). Public Health policies: a Scandinavian model? *Scandinavian Journal of Public Health*, 35(2):205–211.

Vallgård S, Krasnik A (2004). *Sundhedstjeneste og sundhedspolitik – en introduktion, 3. udgave [Health services and health policy – an introduction, 3rd edition]*. Copenhagen, Munksgaards Forlag.

Vallgård S, Krasnik A (eds) (2007). *Sundhedsvæsen og sundhedspolitik [Health care services and health policy]*. Copenhagen, Munksgaard Danmark.

Vallgård S, Krasnik A, Vrangbæk K (2001). *Health care systems in transition: Denmark*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies.

von der Fehr FR (1994). Caries prevalence in the Nordic countries. *International Dental Journal*, 44(4 Suppl. 1):371–378.

Vrangbæk K (1999). *Markedsorientering i sygehussektoren [A market-oriented hospital sector]*. Copenhagen, Institut for Statskundskab, Københavns Universitet [Department of Political Science, University of Copenhagen]. Licentiatserien 1999/4. KOMMISSION Statskundskab.

Wagstaff A et al. (1999). Redistributive effect, progressivity and differential tax treatment: personal income taxes in twelve OECD countries. *Journal of Public Economics*, 72(1):73–98.

WHO (2005) [web site]. WHO Statistical Information System (WHOSIS). Geneva, WHO (<http://www.who.int/whosis/en/>, accessed 4 November 2005).

WHO, 2005/Европейское региональное бюро ВОЗ (2005), Европейская база данных «Здоровье для всех» (HFA-DB база данных в Интернете), Копенгаген, Европейское региональное бюро ВОЗ (<http://www.euro.who.int/hfadb>, данные на 4 ноября 2005 г.).

WHO, 2007/Европейское региональное бюро ВОЗ (2007), Европейская база данных «Здоровье для всех» (HFA-DB база данных в Интернете), Копенгаген, Европейское региональное бюро ВОЗ (<http://www.euro.who.int/hfadb>, данные на 9 августа 2007 г.).

World Bank (2005). *World Development Indicators 2005*. Washington DC, World Bank (<http://devdata.worldbank.org/wdi2005/Cover.htm>, accessed 12 June 2007).

10.2. Основные законодательные акты

Закон о здравоохранении [Sundhedsloven]. Law no. 546, 24-6-2005.

Закон о лицензировании работников здравоохранения и медицинской деятельности [Lov om autorisation af sundhedspersoner og om sundhedsfaglig virksomhed]. Law no. 451, 22-5-2006.

Распоряжение о централизованном администрировании деятельности служб общественного здравоохранения [Bekendtgørelse af lov om sundhedsvæsenets centralstyrelse]. LBK no. 790, 10-9-2002.

Закон о лекарственных средствах [Lov om lægemidler]. Law no. 1180, 12-12-2005.

Закон об обжаловании и получении компенсаций в системе здравоохранения [Lov om klage- og erstatningsadgang inden for sundhedsvæsenet]. Law no. 547, 24-6-2005.

Распоряжение о борьбе с инфекционными болезнями [Bekendtgørelse af lov om foranstaltninger mod smitsomme og andre overførbare sygdomme]. LBK no. 640, 14-6-2007.

Закон о комитетах по научной этике и о биомедицинских исследованиях [Lov om et videnskabetisk komitesystem og behandling af biomedicinske forskningsprojekter]. Law no. 402, 28-5-2003.

Распоряжение о применении принудительных методов в психиатрии [Bekendtgørelse af lov om anvendelse af tvang i psykiatrien]. LBK no. 1111, 1-11-2006.

Закон о соблюдении норм права в психиатрии [Lov om retspsykiatrisk behandling]. Law no. 1396, 21-12-2005.

10.3. Полезные интернет-ссылки

www.cancer.dk

Датское общество по борьбе с раком

www.cvuoesund.dk

Центр высшего образования, Университетский колледж Оресунд

www.dagensmedicin.dk

«Dagens Medicin» (независимое новостное издание для сектора здравоохранения)

www.dp.dk	<i>Датская ассоциация психологов</i>
www.dsi.dk	<i>Датский НИИ служб здравоохранения</i>
www.dst.dk	<i>Статистическое управление Дании</i>
www.dtfnet.dk	<i>Датская стоматологическая ассоциация</i>
www.europa.eu	<i>портал Европейского союза</i>
www.fleksjob.dk	<i>САВИ – Датский национальный центр занятости</i>
www.fysio.dk	<i>Датская ассоциация психотерапевтов</i>
www.sum.dk	<i>Министерство здравоохранения Дании</i>
www.kiropraktor-foreningen.dk	<i>Датская ассоциация хиропрактиков</i>
www.kl.dk	<i>Национальная ассоциация местных органов власти</i>
www.laegemiddelstyrelsen.dk	<i>Датское агентство по лекарственным средствам</i>
www.dkma.dk	<i>Датское агентство по лекарственным средствам</i>
www.lifdk.dk	<i>Датская ассоциация фармацевтической промышленности</i>
www.mm.dk	<i>газета «Mandag Morgen»</i>
www.oecd.org	<i>Организация экономического сотрудничества и развития</i>
www.pkn.dk	<i>Совет по разбору жалоб пациентов</i>
www.plo.dk	<i>Ассоциация врачей общей практики Дании</i>
www.psykiatrifonden.dk	<i>Датский фонд охраны психического здоровья</i>
www.psykisk-institut.dk	<i>Институт психиатрии</i>

www.regioner.dk	<i>ассоциация «Регионы Дании»</i>
www.retsinfo.dk	<i>юридическая информация о Дании</i>
www.sfi.dk	<i>Датский национальный центр социальных исследований</i>
www.niph.dk	<i>Национальный институт здравоохранения</i>
www.ssi.dk	<i>Датский государственный институт сывороток (SSI)</i>
www.sst.dk	<i>Национальное управление здравоохранения</i>
www.sygeforsikring.dk	<i>Медицинское страховое общество «denmark»</i>
www.uvm.dk	<i>Министерство образования</i>
www.optagelse.dk	<i>Министерство образования</i>
www.videnskabsministeriet.dk	<i>Министерство науки, технологий и инноваций</i>
www.who.int	<i>Всемирная организация здравоохранения</i>

10.4. Методология и процесс подготовки обзоров «Системы здравоохранения: время перемен»

Обзоры из серии «Системы здравоохранения: время перемен» составляют местные специалисты в сотрудничестве с научными руководителями и сотрудниками Европейской обсерватории по системам и политике здравоохранения. Эти обзоры разрабатываются в едином формате, который периодически пересматривается. Он содержит подробные рекомендации, конкретные вопросы, определения, примеры и источники данных, необходимые для составления обзора. Формат обзора включает полный набор вопросов, но использовать его следует гибко, так чтобы авторы и редакторы обзора могли приспособить его к конкретным особенностям каждой отдельной страны. С последней версией формата можно ознакомиться по адресу в Интернете: http://www.euro.who.int/observatory/Hits/20020525_1

При подготовке обзора из серии «Системы здравоохранения: время перемен» его авторы используют самые разные источники: данные национальной статистики, региональные и национальные программные документы, книги, научные работы. Кроме того, могут использоваться также международные источники – например, базы данных Организации экономического сотрудничества и развития (ОЭСР) и Всемирного банка. В базе данных ОЭСР содержится 1200 показателей по 30 странам – членам ОЭСР. Данные собирают на основании информации национальных бюро статистики и министерств здравоохранения. Всемирный банк предоставляет «Индикаторы мирового развития», которые также основаны на официальных источниках.

К информации и данным, полученным от местных экспертов, Европейская обсерватория по системам и политике здравоохранения добавляет количественные данные, которые представляют собой совокупность стандартных сравнительных показателей по каждой стране, взятых из Европейской базы данных «Здоровье для всех» (HFA). В базе данных «Здоровье для всех» содержится более 600 показателей, установленных Европейским региональным бюро ВОЗ в целях мониторинга программы «Здоровье для всех» в Европе. Эта база данных обновляется дважды в год на основании сведений из различных источников, главным образом официальных данных, предоставляемых правительствами стран, а также данных медицинской статистики, которые собирают технические отделы Европейского регионального бюро ВОЗ. Стандартные данные из базы «Здоровье для всех» официально одобрены национальными правительствами. Начиная с января 2007 года в базу данных «Здоровье для всех» включаются данные по расширившемуся Евросоюзу, в состав которого теперь входит 27 стран.

Авторам обзоров из серии «Системы здравоохранения: время перемен» рекомендуется подробно обсуждать содержащиеся в этом тексте сведения, в особенности в случае расхождений данных, полученных из различных источников.

Типовой обзор «Системы здравоохранения: время перемен» содержит 10 глав:

- 1. Введение.** Содержит описание общей ситуации в стране, включая географию и социодемографию, экономический и политический контексты, а также состояние здоровья населения.
- 2. Организационная структура.** Эта глава дает представление о том, как организована система здравоохранения страны, и содер-

жит описание ее основных участников и их полномочий, касающихся принятия решений. Кроме того, в данной главе приводится историческая справка о развитии системы здравоохранения и описываются права и возможности пациентов, касающиеся получения информации, прав, выбора, процедур обжалования, безопасности и вовлеченности в деятельность системы здравоохранения.

- 3. Финансирование.** Эта глава содержит информацию об уровне расходов на здравоохранение, об охвате населения медицинским обслуживанием, о том, какие выгоды и льготы обеспечиваются населению, об источниках финансирования системы здравоохранения, о том, как собираются и распределяются ресурсы, о главных статьях расходов и о том, как оплачиваются услуги поставщиков.
- 4. Регулирование и планирование.** В этой главе рассматривается процесс разработки политики в области здравоохранения и установления целей и приоритетов; анализируются вопросы взаимоотношений между ведомствами, при этом особое внимание уделяется их роли в регулировании и тому, что является предметом регулирования; описывается процесс оценки медицинских технологий, а также научно-исследовательская работа.
- 5. Материальные и человеческие ресурсы.** В этой главе рассматриваются вопросы планирования и распределения инфраструктуры и фондов, описываются различные системы, основанные на информационных технологиях, и вклад человеческих ресурсов в систему здравоохранения, в том числе информация о регистрации, подготовке, тенденциях и профессиональном росте.
- 6. Предоставление услуг.** В этой главе основное внимание уделяется потокам пациентов, организации и оказанию услуг, аспектам общественного здравоохранения, услугам первичной медико-санитарной помощи и вторичной медицинской помощи, неотложной медицинской помощи, дневному уходу, реабилитации, фармацевтической помощи, долговременной медицинской помощи, услугам по уходу на дому, паллиативному уходу, психиатрической помощи, стоматологической помощи, дополнительной и альтернативной медицине, а также медицинскому обслуживанию особых групп населения.

- 7. Основные реформы в области здравоохранения.** Обзор реформ, политических инициатив и организационных преобразований, которые оказали существенное влияние на здравоохранение.
- 8. Оценка системы здравоохранения.** В этой главе дается оценка системы здравоохранения, основанная на анализе заявленных целей системы здравоохранения, системе распределения выгод и затрат среди населения, эффективности распределения ресурсов, эффективности оказания медицинских услуг, их качества, а также вклада системы здравоохранения в улучшение состояния здоровья населения.
- 9. Заключение.** Содержит описание того опыта, который был получен в результате изменений в системе здравоохранения, а также краткое описание имеющихся проблем и перспектив на будущее.
- 10. Приложения.** Библиография, полезные ссылки и ссылки на законодательство.

Подготовка обзора «Системы здравоохранения: время перемен» представляет собой довольно сложный процесс. Он включает следующие этапы:

- составление и редактирование обзора. Зачастую для этого требуется несколько «итераций»;
- передача обзора на рассмотрение международных (национальных) экспертов и в Министерство здравоохранения страны. Авторы обзора должны принять к сведению замечания Министерства здравоохранения, но не обязаны включать их в окончательную редакцию обзора;
- передача обзора на рассмотрение редакторов и международной многопрофильной редакционной коллегии;
- подготовка окончательной редакции обзора, включая этапы технического редактирования и набора текста;
- распространение (распечатка, публикация в электронном формате, переводы и издание). Редактор обзора оказывает его авторам всяческую поддержку на протяжении всего процесса подготовки и, находясь с ними в постоянном контакте, обеспечивает, чтобы все этапы этого процесса проходили максимально гладко и эффективно.

Обзоры серии

«Системы здравоохранения: время перемен»


Публикации Европейской обсерватории по системам и политике здравоохранения

Каждый обзор из серии «Системы здравоохранения: время перемен» содержит всесторонний анализ системы здравоохранения той или иной страны и ее реформ – как тех, которые уже реализуются, так и находящихся в стадии разработки. Цель составления этих обзоров заключается в том, чтобы предоставить организаторам здравоохранения и аналитикам сравнительную информацию, необходимую им для совершенствования систем здравоохранения и разработки реформ в странах Европейского региона и за его пределами. Обзоры систем здравоохранения дают возможность:

- подробно изучить различные методы организации, финансирования и предоставления медицинских услуг;
- четко описать содержание, процессы подготовки и реализации программ реформ систем здравоохранения;
- обозначить наиболее важные проблемы в области здравоохранения, а также те элементы, которые требуют более глубокого изучения;
- предоставить руководителям и аналитикам стран Европейского региона ВОЗ возможность поделиться сведениями о системах здравоохранения и обменяться опытом по стратегии их реформ.

Как получить обзор из серии «Системы здравоохранения: время перемен»

Все обзоры из серии «Системы здравоохранения: время перемен» доступны в формате pdf на сайте www.euro.who.int/observatory, где можно также подписаться на нашу ежемесячную рассылку новостей о деятельности Европейской обсерватории по системам и политике здравоохранения, в том числе на новые обзоры серии «Системы здравоохранения: время перемен», издания, выпускаемые нами совместно с издательством Open University Press, краткие рекомендации по выработке политики, газету EuroObserver и журнал Eurohealth. Печатные экземпляры обзоров из серии «Системы здравоохранения: время перемен» можно заказать по адресу info@obs.euro.who.int



Публикации Европейской
Обсерватории по системам и
политике здравоохранения
помещены на сайте
www.euro.who.int/observatory

Опубликованные в настоящее время обзоры серии «Системы здравоохранения: время перемен»

Австралия (2002, 2006)
Австрия (2001e, 2006e)
Азербайджан (2004g)
Албания (1999, 2002a,g)
Андорра (2004)
Армения (2001g, 2006)
Бельгия (2000, 2007)
Болгария (1999, 2003b, 2007)
Босния и Герцеговина (2002g)
Бывшая Югославская Республика Македония (2000)
Венгрия (1999, 2004)
Германия (2000e, 2004e,g)
Грузия (2002d,g)
Дания (2001, 2007)
Израиль (2003)

Обзор системы здравоохранения

Исландия (2003)
Испания (2000h)
Италия (2001)
Казахстан (1999g)
Канада (2005)
Кипр (2004)
Киргизстан (2000g, 2005g)
Латвия (2001)
Литва (2000)
Люксембург (1999)
Мальта (1999)
Монголия (2007)
Нидерланды (2004g)
Новая Зеландия (2001)
Норвегия (2000, 2006)
Польша (1999, 2005)
Португалия (1999, 2004, 2007)
Республика Молдова (2002g)
Российская Федерация (2003g)
Румыния (2000f)
Словакия (2000, 2004)
Словения (2002)
Соединенное Королевство Великобритании и Северной Ирландии (1999g)
Таджикистан (2000)
Туркменистан (2000)
Турция (2002g,i)
Узбекистан (2001g, 2007)
Украина (2004g)
Финляндия (2002)
Франция (2004с,g)
Хорватия (1999, 2007)
Чешская Республика (2000, 2005g)
Швейцария (2000)
Швеция (2001, 2005)
Эстония (2000, 2004g,j)

Ключи

Все обзоры серии «Системы здравоохранения: время перемен» доступны на английском языке. В тех случаях, когда это указано, они доступны также на других языках:

a албанский
b болгарский
c французский
d грузинский
e немецкий
f румынский
g русский
h испанский
i турецкий
j эстонский