



# Реферат обзора

# Нидерланды

## Введение

### Государственный строй и новейшая политическая история

Официально главой Королевства Нидерландов является король (с 1980 г. — королева Беатрикс Вильгельмина Армгард), но вся исполнительная власть принадлежит правительству. Народ Нидерландов представляет основанный в 1815 г. двухпалатный парламент, располагающий законодательными полномочиями. Поскольку ни одна партия не имеет большинства, кабинет министров формируется на коалиционной основе. До 2002 г. ведущей партией была Социал-демократическая, после — Христианская демократическая партия.

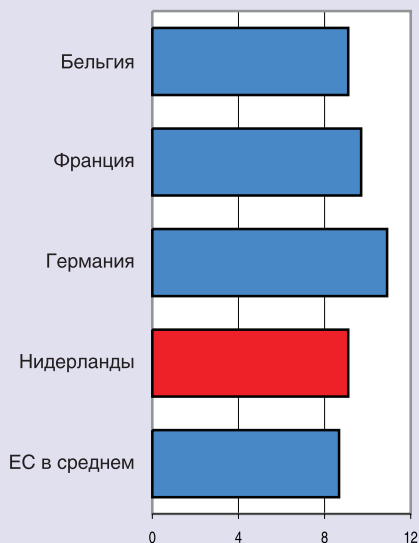
### Население

В 2004 г. в Нидерландах проживало 16,3 млн человек. Плотность населения высокая: более 450 человек на квадратный километр. Коренные жители, то есть те, у кого и отец, и мать родились в Нидерландах, составляют 81% населения. Католиками себя считает 31% населения, протестантами — 14%, кальвинистами — 8%, мусульманами — 5,5%, индустами — 0,6%, на долю других религий приходится 1,9%; 40% не исповедуют какой-либо религии.

### Средняя продолжительность жизни, перинатальная и детская смертность

Средняя продолжительность жизни мужчин составляет 76 лет, что несколько больше, чем в среднем по 15 странам, входившим в ЕС до 1 мая 2004 г. Средняя продолжительность жизни женщин — 80,7 года, что меньше, чем в среднем по странам ЕС. Перинатальная и детская смертность в це-

Рисунок 1. Объем финансирования здравоохранения (в % ВВП) в Нидерландах и других странах в 2002 г.



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

лом низки, однако в отличие от снижающихся средних показателей по странам ЕС они остаются на постоянном уровне.

### Основные причины смерти

Основная причина смерти — сердечно-сосудистые заболевания, за ними следуют

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

злокачественные новообразования (по данным 2003 г.).

## История здравоохранения

Система здравоохранения Нидерландов отличается от систем здравоохранения многих европейских стран. В основном она была создана усилиями благотворительных организаций, поэтому почти все больницы являются частными некоммерческими учреждениями. Еще одна ее особенность — давняя традиция обсуждений и согласований при выработке национальной политики в области здравоохранения.

Страховая система Нидерландов состоит из трех подразделений, каждое из которых работает по собственным правилам. Одно из них обеспечивает всеобщий охват страхованием и покрывает большинство расходов, связанных с длительным лечением и уходом. Это старейшая страховая система в мире.

## Направления реформ

Какой быть системе здравоохранения, в каком направлении ей развиваться — вот вопросы, вокруг которых идут постоянные споры. Стремление объединить медицинское страхование в единое целое борется с желанием сохранить нынешнее разнообразие. Наибольший интерес вызывает предложение ввести объединенное базовое страхование, однако и его будущее достаточно туманно. Большинство принятых решений было направлено на усиление конкуренции, но порой шло вразрез с принципами солидарности и доступности.

## Затраты на здравоохранение

С 1980 г. затраты на здравоохранение, выраженные в долларах США на душу населения с учетом паритета покупательной способности, утроились. В 2002 г. они составили 9,1% от ВВП — это близко к среднему значению для стран-членов ЕС до 1 мая 2004 г. В последние годы доля государственных средств в затратах на здравоохранение сократилась до 63% (в 1980-х и

начале 1990-х гг. она составляла 70%). По европейским меркам это относительно низкий показатель.

## Краткое содержание реферата

Здравоохранение Нидерландов со своими тремя подразделениями страховой системы с трудом поддается описанию. В стране постоянно идут споры о возможном объединении или разделении этих систем. В частности, второе подразделение включает в себя обязательное страхование для тех, чей доход ниже определенного уровня, и большой сегмент частного страхования. Такое объединение разнородных систем финансирования не способствует равенству доступа к медицинской помощи. За последние 15 лет был предложен целый ряд реформ, однако до сих пор дело ограничивается их обсуждением. Несмотря на все разногласия и споры, по состоянию на 1 мая 2004 г. Нидерланды находились на шестом месте среди стран ЕС по удовлетворенности населения медицинским обслуживанием. В 1999 г. 73,2% опрошенных ответили, что очень довольны или в целом довольны системой здравоохранения. Это во многом связано с сильной и хорошо развитой системой первичной медицинской помощи.

## Структура и управление

Как упоминалось выше, система медицинского страхования Нидерландов состоит из трех подразделений, причем каждое из них имеет свою систему управления:

- государственное страхование чрезвычайных медицинских расходов;
- обязательное медицинское страхование через страховые фонды для тех, чей доход ниже определенного уровня, и частное (преимущественно добровольное) медицинское страхование;

- добровольное дополнительное медицинское страхование.

## **Государственные структуры**

Министерство здравоохранения, социального обеспечения и спорта отвечает за обеспечение общего благополучия населения. Министерство разработало схемы страхования в рамках Закона о чрезвычайных медицинских расходах (ЧМР) и Закона о фондах медицинского страхования (ФМС). Совместно с местными органами власти Министерство отвечает за программы общественного здравоохранения, а совместно с Министерством внутренних дел и связей Королевства — за вопросы общей безопасности населения.

В стране существуют три государственных инспектората, которые проверяют качество медицинской помощи и уровень благополучия населения и работают над их улучшением. Наиболее важную роль играет Инспекторат по здравоохранению, имеющий статус самостоятельного учреждения.

Министерство социальных дел и занятости сотрудничает с министерством здравоохранения, социального обеспечения и спорта в сфере общих интересов. Оно отвечает за занятость населения и политику в области социального обеспечения, а также оплачивает расходы социального страхования, связанные со здоровьем.

Министерство финансов совместно с Министерством здравоохранения, социального обеспечения и спорта контролирует схемы страхования, предоставляемые частными страховщиками.

## **Финансирующие организации и органы надзора**

В 2004 г. под контролем Комиссии по медицинскому страхованию работало 22 страховых фонда. Эти фонды реализовывали Законы о чрезвычайных медицинских расходах (ЧМР) и о фондах медицинского страхования (ФМС), в том числе управляли средствами, выделенными на эти схемы страхования. Комиссия по медицинскому страхованию состоит из девяти независи-

мых членов. Они назначаются Министерством здравоохранения, социального обеспечения и спорта и подотчетны этому министерству. Комиссия следит за правильной работой больничных касс и консультирует правительство по вопросам медицинского страхования. Наблюдательный совет по медицинскому страхованию следит за деятельностью отдельных исполнительных учреждений и реализацией законов о ЧМР и ФМС в целом.

## **Консультативные и административные учреждения**

Совет по вопросам здоровья — государственный орган, состоящий из 160 независимых членов, консультирующих правительство по вопросам современного состояния медицинской науки, системы здравоохранения, общественного здравоохранения и охраны окружающей среды.

Совет по здравоохранению и общественному здоровью — независимое государственное учреждение, состоящее из девяти членов, назначаемых королевой, которые дают общие рекомендации по вопросам здравоохранения и социального обеспечения.

Комиссия по тарифам на медицинские услуги — независимое государственное учреждение, которое определяет политику в области цен на услуги здравоохранения, устанавливает рамки для тарифных соглашений, утверждает максимальные тарифы, подготавливает обзоры и определяет пути дальнейшего развития в соответствии с Законом о тарифах на медицинские услуги.

Комиссия по оценке лекарственных средств занимается регулированием фармацевтического рынка, хотя введение правил Европейского союза несколько изменило ее деятельность. Совет Нидерландов по больницам дает рекомендации по строительству и обустройству больниц. И наконец, Национальный институт общественного здравоохранения и окружающей среды собирает информацию о состоянии здоровья населения и демографической ситуации, занимается клиническими испытаниями и лицензированием вакцин.

## Прочие учреждения

Многие частные организации тоже играют важную роль в здравоохранении. Голландская королевская медицинская ассоциация представляет интересы врачей. Нидерландская федерация пациентов и потребителей представляет их интересы и распространяет медицинскую информацию среди населения. Нидерландский институт совершенствования медицинского обслуживания, представляющий интересы четырех групп потребителей, занимается обеспечением и улучшением качества медицинской помощи.

## Планирование и нормирование

Строительство больниц и других лечебных учреждений регулируется на государственном уровне Законом о медицинских учреждениях (1971 г.). Однако процесс планирования, сложный и недостаточно гибкий, вызывал много нареканий. Для устранения этих недостатков в 2000 г. был принят Закон об отдельных видах медицинского обслуживания.

Большинство медицинских учреждений, предоставляющих помощь в рамках законов о ЧМР и ФМС, лицензируются Министерством здравоохранения, социального обеспечения и спорта. Работу врачей и медицинских сестер регулирует правительство. В 2001 г. была учреждена новая система улучшения профессиональной подготовки медицинских кадров и контроля качества медицинской помощи.

Страховые фонды обязаны заключать договоры со всеми учреждениями, которые поставляют им медицинские услуги, но не с каждым медицинским работником отдельно. Договор между организацией, представляющей страховщика, и поставщиком медицинских услуг утверждается Комиссией по медицинскому страхованию.

В рамках законов о ЧМР и ФМС возможно обжалование решений страховых фондов. Наиболее часто споры касаются прав на выплаты. Прежде чем рассмотреть жалобу, страховой фонд или учреждение, работающее по схеме ЧМР, должны про-

консультироваться в Комиссии по медицинскому страхованию.

Наблюдение за работой частного сектора медицинского страхования поручено Агентству по надзору за пенсиями и страхованием, которое было создано в 1993 г. в рамках Закона о надзоре за страхованием. Однако действие этого закона не распространяется на стандартные схемы страхования, предусмотренные Законом о доступе к медицинскому страхованию.

В сфере страхования в Нидерландах происходит передача полномочий от государства к частному сектору (функциональная децентрализация), а также передача функций центрального правительства местным властям (территориальная децентрализация), что приводит к увеличению роли местных властей в планировании.

## Финансирование и затраты

### Финансирование

Медицинская помощь на 88% финансируется за счет государственного и частного страхования.

### Первое подразделение страховой системы: страхование чрезвычайных медицинских расходов (ЧМР)

Эта система страхования в рамках соответствующего закона покрывает расходы, связанные с длительным или дорогостоящим лечением. За редким исключением, воспользоваться этой системой может любой человек, проживающий в Нидерландах. Она покрывает почти 40% затрат на здравоохранение. Эта система финансируется за счет отчислений от доходов граждан и из государственных фондов. Взносы наемных работников взимаются непосредственно из фонда заработной платы. Прочие лица, обязанные платить налоги и делать отчисления в социальные фонды, получают специальные уведомления о необходимости отчисления определенной доли доходов. Лица, не имеющие на-

логооблагаемого дохода, взносы не выплачивают.

### **Второе подразделение страховой системы: Закон о фондах медицинского страхования (ФМС) и Закон о доступе к медицинскому страхованию**

Второе подразделение медицинского страхования охватывает обычные медицинские услуги. Оно финансируется страховыми фондами, частными страховыми компаниями и фондами медицинского страхования государственных служащих. Эти три источника покрывают почти 50% затрат на здравоохранение. Расходы на обычные медицинские услуги покрываются различными страховыми соглашениями, определенными Законом о ФМС, которым охвачено 63% населения. Под действие этого закона подпадает любой житель Нидерландов, чей доход меньше определенного уровня (в 2004 г. — 32 600 евро в год), а также те, кто находится на социальном обеспечении. Лица, проживающие в Нидерландах и подпадающие под указанные критерии, автоматически становятся застрахованными и должны вносить установленные отчисления независимо от того, пользуются они медицинскими услугами или нет. Однако, чтобы воспользоваться этими услугами, они должны зарегистрироваться в страховом фонде. Как правило, страхование распространяется на супругов и детей.

Средства на реализацию Закона о ФМС поступают в виде взносов от работодателей и работников (как процент от доходов или фиксированная сумма), государственных дотаций (24%) и из частного сектора. Эти средства, за исключением фиксированных взносов работодателей и работников, распределяются центральным фондом, находящимся под управлением Комиссии по медицинскому страхованию.

Частное медицинское страхование, которым охвачено 30% населения, состоит из стандартного, то есть предоставляемого в рамках Закона о доступе к медицинскому страхованию, и других форм частного страхования. Стандартное частное страхование финансируется за счет взносов застрахованных и перераспределения расходов в

рамках Закона о доступе к медицинскому страхованию. Стандартное частное страхование — дело добровольное, но все страховые компании обязаны предлагать его, и если возможности человека отвечают критериям этой страховой схемы, он может ею воспользоваться. Стандартное частное страхование не распространяется на других членов семьи.

### **Другие источники финансирования**

В дополнение к трем основным источникам финансирования существуют и другие. Наиболее важными из них являются налоги, платные медицинские услуги и добровольное дополнительное медицинское страхование. Налоги покрывают 5,6%, а платные услуги приблизительно 5,8% расходов на здравоохранение. Дополнительное страхование (третье подразделение страховой системы) покрывает 3% расходов на здравоохранение (данные 2002 г.) и включает в себя те виды медицинской помощи, которые не являются жизненно необходимыми: стоматологию, протезирование, подбор слуховых аппаратов и т. п. Набор и объем услуг, условия их предоставления и размер взносов в дополнительном добровольном страховании определяет страховщик.

### **Затраты на здравоохранение**

С 1980 г. затраты на здравоохранение, выраженные в долларах США на душу населения с учетом паритета покупательной способности валют, утроились. В 2002 г. они составили 9,1% от ВВП, что близко к среднему значению для стран-членов ЕС до 1 мая 2004 г. На долю государства приходилось 63% затрат (данные 2001 г.).

## **Медицинское обслуживание**

### **Общественное здравоохранение**

Общественное здравоохранение представлено муниципальными и окружными служ-

бами, которые на региональном и государственном уровне контролирует Инспекторат по здравоохранению. Главное направление работы служб общественного здравоохранения — совершенствование профилактики. Особое внимание уделяется проблеме социально-экономического неравенства и здоровью пожилых.

## Первичное медицинское обслуживание

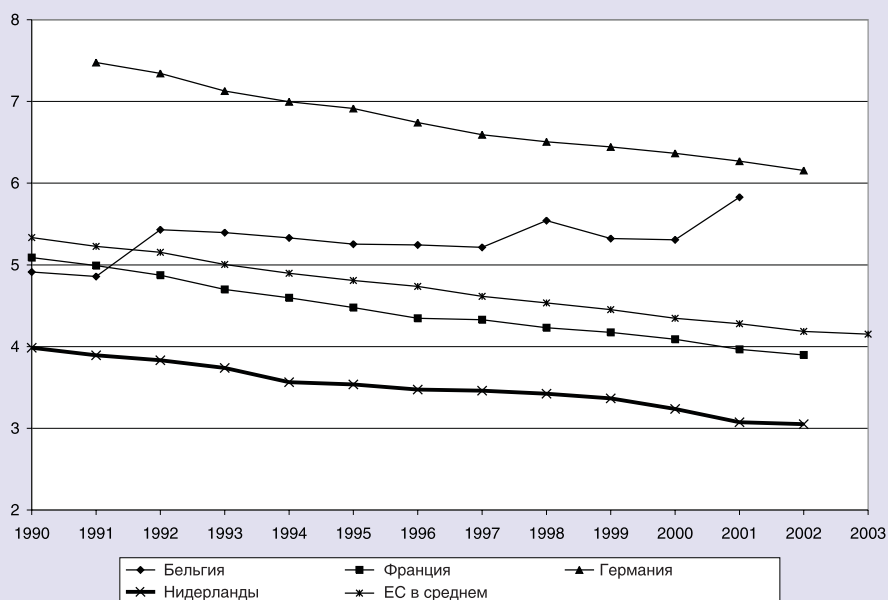
Первичное медицинское обслуживание хорошо развито. Основным звеном в системе первичной помощи являются семейные врачи (врачи общей практики). Они же регулируют доступ больных к специализированной помощи. Каждый больной прикреплен к определенному врачу общей практики, который и направляет больного к специалисту или в больницу. Такая система весьма эффективна, поскольку врачи общей практики справляются с лечением

двух третей обратившихся больных без направления их к специалистам. Врачи общей практики уделяют много внимания общению с больными; занятия по навыкам общения входят в курс их врачебной подготовки. Это позволяет объяснить, почему в Нидерландах частота назначения лекарственных препаратов при первичном обращении относительно невысока — 66%. Для сравнения, в странах ЕС лекарственные назначения получают от 75 до 95% всех больных, обратившихся за первичной помощью. Семейные врачи ведут независимую практику во всех населенных пунктах.

## Специализированное медицинское обслуживание

Специализированная медицинская помощь преимущественно оказывается специалистами в больницах — как амбулаторно, так и в стационаре. Более 90% больниц являются частными некоммерческими уч-

**Рисунок 2.** Число больничных коек на 1000 населения в Нидерландах и других странах в 1990—2003 гг.



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

реждениями, существуют также государственные больницы при университетах.

Больницы разделяются на три типа: больницы, служащие учебной базой, — университетские клиники (8), больницы общего профиля (100) и специализированные больницы (28). Пропускная способность больниц выросла за счет слияния или расширения имеющихся лечебных учреждений, несмотря на снижение общего числа коек в каждом регионе. С 1980 г. число больничных коек сократилось более чем на треть и составило 3,1 на 1000 населения, что значительно меньше, чем в среднем по странам ЕС.

Изменилось и управление больницами: были расширены полномочия руководителей среднего звена. Кроме того, почти во всех крупных больницах и университетских клиниках введено децентрализованное управление и разрешено участие врачей в управлении больницей.

В 1990 г. появилось и стало быстро развиваться «сквозное» обслуживание, задача которого — преодолеть разрыв между амбулаторным и стационарным лечением. Основное препятствие для реализации этой программы — недостаточно гибкая система финансирования. В 2001 г. для координации и ускорения развития сквозного обслуживания создана специальная государственная комиссия.

## Медико-социальная помощь

Наиболее важные учреждения медико-социальной помощи — дома престарелых и

интернаты для хронических больных. Подобных учреждений в Нидерландах больше, чем где бы то ни было в Европе. Они финансируются в рамках Закона о ЧМР, больные оплачивают лишь небольшую часть, которая зависит от их дохода. У каждого жителя дома престарелых или интерната есть свой врач общей практики, отвечающий за лечение. В медико-социальной помощи есть ряд нововведений, например, подписка на обслуживание. Это значит, что здоровый пожилой человек живет самостоятельно, а при ухудшении состояния будет переведен в медико-социальное учреждение. Ожидается, что затраты страховых фондов и налоговые отчисления на содержание пожилых будут расти, но оплата, вносимая пожилыми, вырастет еще больше.

В Нидерландах существует широкая сеть психиатрических лечебных учреждений. Сюда входят поликлиники и учреждения для постоянного проживания, психогериатрические отделения и терапевтические коммуны. В 66 психиатрических отделениях, которые имеются в больницах общего профиля и университетских клиниках, насчитывается не так много коек; средняя длительность госпитализации в них тоже невелика, как и вообще в нидерландских больницах.

## Медицинские кадры и обучение

Хотя полных данных о медицинских кадрах в Нидерландах нет, ряд источников указы-

**Таблица 1.** Показатели работы больниц в Нидерландах и других странах в 2003 г.

	Число больничных коек на 1000 населения	Число госпитализаций на 100 населения	Средняя продолжительность госпитализации, дни	Средняя занятость койки, %
Бельгия	5,8 <sup>б</sup>	16,9 <sup>а</sup>	8,0 <sup>а</sup>	79,9 <sup>г</sup>
Франция	3,9 <sup>а</sup>	20,4 <sup>а</sup>	5,5 <sup>а</sup>	77,4 <sup>а</sup>
Германия	6,2 <sup>а</sup>	20,7 <sup>а</sup>	8,6 <sup>а</sup>	79,4 <sup>а</sup>
Нидерланды	3,1 <sup>а</sup>	8,8 <sup>б</sup>	7,4 <sup>б</sup>	58,4 <sup>б</sup>
ЕС в среднем (15 стран ЕС до 1 мая 2004 г.)	4,2	18,0	6,8 <sup>а</sup>	76,9 <sup>б</sup>

*Источник:* база данных «Здоровье для всех» Европейского регионального бюро ВОЗ, январь 2005 г. В отсутствие данных за 2003 г. приведены самые свежие данные: <sup>а</sup> 2002, <sup>б</sup> 2001, <sup>в</sup> 1999, <sup>г</sup> 1998.

вают на то, что число врачей почти на 10% меньше, чем в среднем в странах-членах ЕС до 1 мая 2004, число стоматологов — меньше на 30%, тогда как число медицинских сестер значительно выше.

Закон об отдельных медицинских профессиях изменил правовую основу медицинской деятельности. Закон заменил запрет на любые занятия медициной всем, кроме врачей, системой «ограниченно разрешенных занятий», то есть списком действий, которые могут производить только врачи и другие медицинские работники (медицинские сестры, стоматологи, акушерки). Кроме того, этот закон обеспечивает официальное признание специалиста и защиту его сертификата.

Голландская королевская медицинская ассоциация лицензирует и регистрирует врачей общей практики. Обучение этой специальности проводится инструкторами совместно с университетами. Совет врачей общей практики и работников ин-

тернатов определяет требования к врачам, а Комитет по регистрации врачей общей практики контролирует и регистрирует лицензированных врачей. Обучение по специальности «врач общей практики» продлено с двух до трех лет; чтобы его пройти, приходится ждать в очереди от 2,5 до 4 лет.

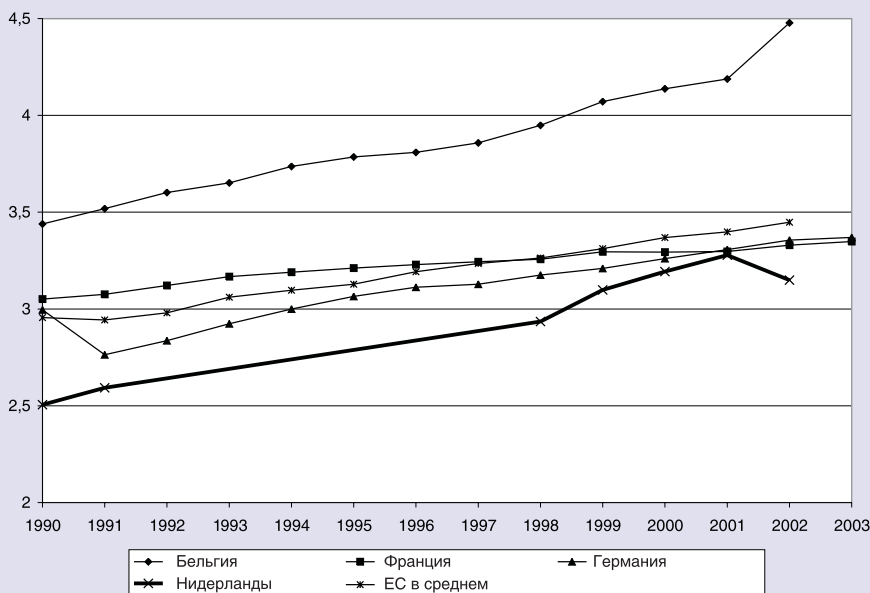
Для обеспечения связи со страховыми фондами введена обязательная регистрация врачей общей практики. Если врач общей практики в течение последних пяти лет не работал по специальности постоянно, то он, как и другие специалисты, может быть лишен регистрации.

### Лекарственные средства

Политика Нидерландов в области лекарственных средств направлена на достижение трех целей:

- обеспечение высокого качества лекарственных средств на всех этапах — от из-

**Рисунок 3.** Число врачей на 1000 населения в Нидерландах и других странах в 1990—2003 гг.



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



готовления и фасовки до доставки и продажи;

- контроль ценообразования;
- оправданное применение лекарственных средств.

Рынок лекарственных средств жестко регулируется, контроль осуществляет Инспекторат по здравоохранению.

В Нидерландах одновременно действуют государственные и европейские стандарты регистрации лекарственных средств. После регистрации государство решает — должны ли компенсироваться расходы больных на тот или иной препарат. При этом учитывают как стоимость, так и эффективность данного препарата и препаратов аналогичного действия, расходы на которые уже компенсируются.

В последние годы затраты на лекарственные средства увеличились, отчасти потому, что врачи стали чаще назначать лекарственные средства. Однако в большей степени это вызвано появлением новых, дорогостоящих препаратов. Правительство готовится к постепенному росту затрат на лекарственные средства.

Возмещение расходов на лекарственные средства рассчитывается на основании средней стоимости препаратов аналогичного действия. Если стоимость лекарственного средства выше, чем в среднем у аналогичных препаратов, покупатель выплачивает разницу.

В Нидерландах действует много программ для обеспечения рационального использования лекарственных средств. Издаются специальные руководства по медикаментозной терапии, справочники по сравнительной оценке схожих препаратов и другие материалы (например «Фармацевтический бюллетень»). Существует также Информационная служба по лекарственным средствам — это бесплатная телефонная справочная линия, предоставляющая достоверную, объективную информацию по лекарственным средствам.

## Медицинская техника

Статья 18 Закона о медицинских учреждениях, первоначально касавшаяся плани-

рования медицинских учреждений, оборудованных по последнему слову техники, впоследствии была расширена и стала более гибкой. Она стала регулировать также оказание специализированной медицинской помощи и оценку новой техники. Статья 18 препятствовала избыточным закупкам и способствовала эффективному использованию имеющейся техники. Тем не менее стремление к более гибкому и эффективному использованию медицинской техники побудило в 1998 г. принять новый Закон об отдельных видах медицинского обслуживания, в котором основное внимание уделяется качеству медицинской помощи, а не экономии средств.

Решение о закупке новой техники принимает Совет по вопросам здоровья; научное и финансовое обоснование для такого решения ему предоставляет Национальный фонд экспериментальной медицины. Фонду принадлежит ведущая роль во внедрении многих новых технологий, однако его работе мешает отсутствие четко определенных первоочередных направлений. В 1993 г. для их выработки была внедрена нисходящая процедура. Организационный комитет определяет первоочередные направления и приглашает специалистов для их оценки. Хотя такая процедура, как ясно уже сейчас, требует больших затрат времени, предполагается, что она позволит улучшить определение первоочередных задач, оценку качества и эффективности новой техники.

## Распределение средств

С 1991 г. страховые фонды переведены на систему так называемого «двойного финансирования». С одной стороны, каждый страховой фонд получает определенную сумму от Комиссии по медицинскому страхованию. Эта сумма выделяется из бюджета министерства, утверждается министерством и рассчитывается по численности застрахованных с учетом состояния их здоровья. Разница между этой суммой и

фактическими расходами покрывается за счет фиксированных взносов, устанавливаемых самим фондом. Существуют и другие методы выравнивания финансовых рисков; в частности, Комиссия по медицинскому страхованию может компенсировать фонду ту или иную часть перерасходованных средств с учетом его возможности влиять на стоимость медицинских услуг. Финансовый риск, который несет сам фонд, постоянно повышается: в 1995 г. он составлял 3%, в 2002 г. достиг 41%; ожидается, что к 2004 г. он составит 53%. С другой стороны, страховые фонды обсуждают бюджет с поставщиками медицинских услуг, договариваются с ними о качестве и количестве услуг и в некоторой степени об их стоимости. Это дает фондам определенную свободу действий, способствует эффективности затрат и поощряет конкуренцию.

### **Финансирование больниц**

С 1998 г. введена новая система финансирования больниц. Больницы получают средства от страховых фондов и от пациентов. С 2000 г. средства стали выплачиваться в зависимости от фактически предоставленных услуг; это стало первым шагом к внедрению системы клиничко-затратных групп, которое было завершено к 2005 г. Эти новшества были призваны устранить недостатки прежней системы финансирования и побудить больницы наращивать производительность, уменьшая тем самым очереди на госпитализацию. Больницы не несут риск, связанный с капитальными вложениями: средства на них выделяются отдельно.

### **Заработная плата врачей**

Врачам, проходящим обучение, больница платит жалование. Врачам общей практики платят по числу прикрепленных больных, застрахованных в системе ФМС, или по объему услуг, оказанных больным, имеющим частную страховку. С 1995 г. зарплаты специалистов включены в бюджет больниц. Бюджет определяется договором об

объеме обслуживания, но выплаты зависят от объема фактически оказанных услуг. Если объем услуг оказался меньше предусмотренного в договоре, то оплачиваются лишь фактически предоставленные услуги. Если объем услуг превышает договорной, больница может ходатайствовать перед фондом о выделении дополнительных средств на их оплату. С 2005 г. услуги специалистов тоже оплачиваются по системе клиничко-затратных групп.

## **Реформы здравоохранения**

Медицинское страхование по-прежнему колеблется между объединением различных систем в одну и сохранением существующего разделения.

В 1987 г. был опубликован доклад Деккера, на основании которого правительство постановило устранить разделение ФМС, частного страхования и страхования государственных служащих и заменить их единой системой страхования, обеспечивающей базовый набор услуг для каждого. Система должна была финансироваться взносами, пропорциональными доходам, с добавлением небольшого фиксированного платежа. Чтобы получить медицинские услуги, не входящие в базовый набор, населению предлагалось воспользоваться дополнительным страхованием. Поэтапное осуществление этих реформ должно было начаться в 1989 г.; в результате различия между ФМС, частным страхованием и страхованием государственных служащих должны были постепенно сойти на нет.

На протяжении 1990-х гг. был проведен целый ряд реформ. Некоторые из них открывали путь к созданию всеобщей системы страхования, как, например, принятие в 1992 г. Закона о втором этапе изменений в системе медицинского страхования, который передал, в частности, компенсацию за лекарственные средства из системы ФМС в систему ЧМР (впрочем, через несколько лет ее передала обратно). Среди других реформ, осуществленных в этот пе-

риод, — разрешение свободного выбора страхового фонда, подорвавшее монополию региональных фондов. С другой стороны, объединение страховых фондов и больниц уменьшило для пациентов возможности выбора.

В реформах последнего десятилетия прослеживаются три тенденции. Это, во-первых, переход функций покупателя медицинских услуг от государства к страховым фондам. Во-вторых, это развитие конкуренции между поставщиками медицинских услуг. И наконец, в-третьих, это более современная организация взаимодействия между рыночными и нерыночными элементами системы здравоохранения.

Осуществление реформ идет далеко не так быстро, как планировалось, и встречает на своем пути гораздо больше трудностей, чем ожидалось.

Анализируя опыт реформ здравоохранения в Нидерландах, можно сделать следующие выводы:

- коренные преобразования требуют много времени, и это трудная задача для правительства, избираемого лишь на четыре года;
- рыночные отношения в здравоохранении нуждаются в регулировании;
- чтобы регулируемая конкуренция в здравоохранении могла принести плоды, необходимо избежать «снятия сливок» (то есть предпочтительного отбора выгодных клиентов) страховыми организациями; это эффективно реализуется в виде системы выравнивания рисков.

К январю 2006 г. планируется сделать второе подразделение страховой системы единым целым, то есть перевести ФМС и частное страхование на работу по одной базовой схеме. Примерно то же самое предла-

галось в докладе Деккера. Однако на этот раз вместо взносов, пропорциональных доходам, будут введены единые для всех страховые взносы без учета страховых рисков. Новый закон о медицинском страховании в настоящее время находится на стадии обсуждения. Будут ли эти планы реализованы на практике — покажет время.

## Заключение

Здравоохранение Нидерландов — сложная и постоянно изменяющаяся система, трудно поддающаяся описанию и во многом отличающаяся от здравоохранения других европейских стран. Часть проблем здравоохранения обусловлена существованием трех систем медицинского страхования. Особенно много сложностей во второй системе, где остро стоит проблема справедливого финансирования; в последнее десятилетие она была объектом обсуждений и реформ. Из достижений следует отметить хорошо развитую и прекрасно работающую первичную медицинскую помощь, которая справляется с двумя третями амбулаторных больных и упорядочивает доступ пациентов к специалистам. Большинство пациентов удовлетворены системой здравоохранения. Идущие поэтапно реформы уже приносят свои плоды. Обсуждаемое укрепление рыночных отношений в здравоохранении обещает улучшить качество услуг. Споры на эту тему не прекращаются, и только время покажет, справятся ли Нидерланды с такой задачей, как внедрение эффективных рыночных отношений при сохранении принципов единства и финансовой доступности здравоохранения.

## Реферат обзора

## Нидерланды

Обзор системы здравоохранения Нидерландов подготовили Андре ден Экстер, Херберт Херманс и Милена Досляк (сотрудники Университета им. Эразма, Роттердам) при помощи Рейнхарда Буссе (Европейская обсерватория по системам и политике здравоохранения). Редакторы обзора — Рейнхард Буссе, а также Эваут ван Гиннекен, Йонас Шрейёгг и Венди Висбаум (Европейская обсерватория по системам и политике здравоохранения, Берлинское и Мадридское отделения).

Европейская обсерватория по системам и политике здравоохранения благодарит Фонса Бертена (Комиссия по медицинскому страхованию), Тома ван дер Гринтена (Секция политики и организации здравоохранения, Отдел политики и управления в здравоохранении, Университет им. Эразма, Роттердам), Ханса Маарсе (Отдел организации, политики и экономики здравоохранения, Маастрихтский университет) и Винанда ван дер Вена (Секция медицинского страхования, Отдел политики и управления в здравоохранении, Университет им. Эразма, Роттердам) за рецензирование обзора и сделанные поправки, замечания и предложения. Кроме того, ценные замечания внесли Винке Бурма, Петер Груневеген (сотрудники Нидерландского научно-исследовательского института здравоохранения, Утрехт) и Петер Ахтерберг (Национальный институт общественного здравоохранения и окружающей среды). Мы признательны также Министерству здравоохранения, социального обеспечения и спорта в лице Лейо ван дер Хайдена за ценные замечания и поддержку.

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

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