

# Реферат обзора

# Нидерланды

## Основные положения

## Введение

Нидерланды – государство, расположенное в Западной Европе. На востоке страна граничит с Германией, на юге – с Бельгией, северные и западные берега омываются Северным морем. В 2008 году на территории королевства площадью 41,543 км<sup>2</sup> проживало 16,4 млн. человек, из которых 80,4% составляли коренные голландцы. По уровню ВВП Нидерланды входят в двадцатку самых богатых стран мира, а по объему экспорта – в десятку. Основными двигателями голландской экономики являются финансовая и коммерческая деятельность. Политическая система страны – парламентская демократия с двухпалатным парламентом, состоящем из Сената и Палаты представителей. Нидерланды являются членом таких международных организаций, как Организация Объединенных Наций (ООН), Организация Североатлантического договора (НАТО), Европейский Союз (ЕС), Всемирная Торговая Организация (ВТО) и Совет Европы. С 1970 по 2006 год ожидаемая продолжительность жизни при рождении выросла в Нидерландах с 73,6 лет до 79,7 лет. В 2006 году уровень младенческой смертности составил 4,5 на 1000 живорожденных, что немного ниже среднего показателя для стран ОЭСР. В 2007 году средний показатель неонатальной смерти в Нидерландах составил 3,2, что немного выше среднего показателя по ЕС (3,0). В том же году основной причиной смертности населения стали злокачественные новообразования (рак), что существенно образом отличается от ситуации в Европе,

где большинство людей умирает от болезней системы кровообращения. В Нидерландах от рака чаще погибают мигранты, чем коренные жители. С 1995 по 2006 гг. средний показатель постоянных курильщиков превышал аналогичный по странам ЕС. По данным опросов почти половина населения страдает избыточным весом.

## Организационная структура и планирование

В 2006 году после подготовительного этапа, занявшего двадцать лет, в Нидерландах была проведена основная реформа здравоохранения, согласно которой были разработаны новые структуры и механизмы управления системой. В результате была введена единая система обязательного медицинского страхования (ОМС), основанная на принципе конкуренции, когда частные страховые компании ведут борьбу за клиентов. Медицинские страховщики могут до определенной степени согласовывать с поставщиками цены, объем и качество предоставляемых медицинских услуг, а также получать прибыль и выплачивать акционерам дивиденды. Страховые компании в обязательном порядке должны принимать новых клиентов и им запрещается менять размер страхового взноса в зависимости от рисков обращающихся. Правительство отказалось от прямого вмешательства в систему и приняло на себя роль гаранта процесса оказания медицинской помощи без непосредственного вмешательства в сам процесс. Ответственность была передана страховщикам, поставщикам медицинских услуг и пациентам. Государство отвечает за контроль качества медицинской помощи,

ее физическую и экономическую доступность. Правительство ставит своей целью избежать нежелательного воздействия рынка на новую систему путем создания организаций независимых наблюдателей. Более того, усиление конкуренции среди поставщиков амбулаторных услуг в секторе долгосрочной помощи привело к значительным изменениям в системе. В результате передачи полномочий по обеспечению медицинской помощи на дому муниципалитетам удалось создать более разнообразные механизмы организации этого вида услуг. Традиционно, отличительной чертой системы здравоохранения Нидерландов была функция саморегуляции. Профессиональные ассоциации несут ответственность за схемы перерегистрации, а также играют роль в повышении качества предоставляемых услуг посредством разработки профессиональных руководств. Голландская система здравоохранения опирается не только на развитую систему консультаций, но и на обширную научно-исследовательскую инфраструктуру, охватывающую исследования в области медицины, оценки медицинских технологий и медицинского обслуживания.

## Финансирование

В 2007 году на сектор здравоохранения в Нидерландах приходилось 8,9% ВВП. С 1998 по 2007 год расходы на здравоохранение выросли в постоянных ценах на 38%. Система медицинского страхования Нидерландов представлена тремя, так называемыми, разделами. В первый входит обязательное медицинское страхование на случай оказания долгосрочной помощи. По этой схеме пациентам с хроническими заболеваниями предоставляется длительное и дорогостоящее лечение. Этот вид страхования регулируется Законом об исключительных медицинских расходах (Закон о ИМР, *Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten, AWBZ*) и финансируется в основном за счет взносов, определяемых в зависимости от доходов. Данный вид

страхования предполагает сложную схему разделения стоимости между страховщиками и застрахованными. В рамках этого вида страхования помощь оказывается только после оценки необходимости ее получения. За организацию оказания помощи ответственны медицинские бюро (*Zorgkantoren*), которые функционируют независимо, однако в процессе работы они тесно сотрудничают с медицинскими страховщиками. Второй раздел представлен всеобщим обязательным медицинским страхованием, так называемым, «базовым медицинским страхованием» (БМС). Эта схема охватывает все население и покрывает необходимую медицинскую помощь. Виды помощи, включаемые в программу, отбираются на основе использования таких критериев, как результативность, эффективность и необходимость коллективного финансирования. Данная схема страхования регулируется Законом о медицинском страховании (*Zorgverzekeringswet, Zvw*), согласно которому все жители Нидерландов должны осуществлять взносы двух типов: фиксированный и зависящий от дохода. Первый, так называемый, номинальный взнос выплачивается выбранному гражданином страховщику. Второй тип взносов уплачивается работодателем с дохода работника непосредственно в Фонд медицинского страхования (ФМС). Затем собранные Фондом средства распределяются среди страховщиков в соответствии с системой выравнивания рисков для групп застрахованных. «Пособия на медицинскую помощь» должны частично компенсировать стоимость медицинского страхования группам населения с низким уровнем доходов. Третий раздел состоит из добровольного медицинского страхования (ДМС), в программу которого входят медицинские услуги, не включенные в первые две схемы страхования ИМР и БМС. Профилактика заболеваний и социальная поддержка (включая некоторые виды ухода на дому) не входят в схемы ИМР и БМС и финансируются преимущественно из бюджетов.

С 2006 года в соответствии с реформой кардинально изменились механизмы оплаты поставщиков. Оплата врачей общей практики осуществляется по комбинированной системе, предусматривающей подушевой принцип и принцип оплаты за услугу. С 2005 года больницы и психиатрические лечебницы оплачиваются на основе использования системы диагностически связанных групп (КСГ), адаптированной для условий Нидерландов – комбинации диагнозов и лечений (Diagnose behandel combinaties, DBCs). Поставщикам долгосрочной помощи оплата производится в зависимости от объема услуг, отдельно рассчитанного на каждого пациента. Система оплаты стационарных услуг и услуг долгосрочной помощи строится на основе использования принципа «деньги следуют за пациентом».

## **Материальные и трудовые ресурсы**

Система здравоохранения Нидерландов характеризуется наличием большого количества медицинских учреждений, оборудования и других материальных ресурсов. С тех пор, как капитальные расходы были включены в тарифы на медицинские услуги (для больниц – с 2008 года, для учреждений долгосрочной помощи – с 2009 года), медицинские организации несут полную ответственность за строительство, реконструкцию и закупку оборудования. Подтверждения плана застройки от сторонних организаций не требуется, однако каждые пять лет проводится независимая оценка помещений на соответствие стандартам качества. В силу проводимой политики укрупнения медицинских учреждений, многие больницы стали включать в себя территориально разбросанные филиалы. В стационарный сектор краткосрочного лечения помимо общих и университетских больниц были включены и независимые медицинские центры (Zelfstandige Behandel Centra), которые оказывают

плановую помощь в дневных стационарах (с продолжительностью госпитализации до 24 часов). Показатель обеспеченности койками краткосрочного лечения в Нидерландах ниже аналогичного среднего показателя в странах ЕС-15 и ЕС-27. Средняя продолжительность госпитализации немного выше, чем в странах ЕС-15, что объясняется повсеместным использованием дневных стационаров и тем, что только в случае тяжелых заболеваний пациенты госпитализируются. Полученные данные свидетельствуют о тенденции к снижению по обоим показателям. В секторе долгосрочной помощи наблюдается постоянное снижение числа коек, а также отмечается все большее дублирование функций между домами сестринского ухода и домами для престарелых. Качество оборудования и самих учреждений долговременной помощи оставляет желать лучшего. Информационные технологии играют важную роль в системе здравоохранения Нидерландов. Большинство голландцев с радостью воспользовались бы возможностью контактировать с поставщиками через Интернет, но такая возможность есть только в немногих учреждениях.

С начала 2000-х годов в секторе здравоохранения занято порядка 7% населения, а общее число работников в отрасли выросло на одну пятую. По сравнению с другими странами в Нидерландах особенно много медсестер, самую большую категорию среди которых составляют медсестры, оказывающие помощь на дому и помощь для престарелых и недееспособных. С конца 2009 года отмечается тенденция перераспределения обязанностей от врачей к медсестрам. Более того, в результате перехода к регулируемой конкуренции и новым структурам управления, сильно изменились функции врачей в их отношениях с медицинскими страховщиками, с которыми им теперь приходится договариваться о качестве и стоимости предоставляемых услуг. В каждом из восьми голландских

университетов имеются медицинские факультеты. Квалификацию медсестры можно получить на среднем, высшем или академическом уровне в зависимости от выбранной специальности. Контроль качества медицинских кадров обеспечивается обязательной регистрацией и различными схемами лицензирования, проводимого профессиональными ассоциациями. Избежать нехватки или переизбытка специалистов на рынке труда удастся за счет прогнозирования кадров и тщательного планирования образовательных мощностей. Поскольку Нидерланды являются страной маленькой и плотно заселенной, то вопрос о неравномерном распределении поставщиков не стоит, хотя и необходимо приложить дополнительные усилия по удовлетворению растущего спроса на медицинское обслуживание в некоторых районах больших городов.

## **Предоставление медицинских услуг**

В системе здравоохранения Нидерландов ответственность за предоставление медицинского обслуживания в основном лежит на плечах частных поставщиков. В систему здравоохранения входит четыре сектора: профилактика заболеваний, первичная помощь, вторичная помощь и долгосрочная помощь. Профилактическая помощь в основном оказывается службами общественного здравоохранения. Вопросы профилактики заболеваний, формирования здорового образа жизни и охраны здоровья относятся к компетенции муниципалитетов. Двадцать девять муниципальных служб общественного здравоохранения (Gemeentelijk Gezondheidsdiensten, GGD) выполняют работу по этим направлениям во всех четыреста сорока трех муниципалитетах. Услуги первичной помощи оказывает целый ряд поставщиков: врачи общей практики, физиотерапевты, фармацевты, психологи и акушеры. Врачи общей практики выполняют функцию «привратника», что означает, что

пациенты могут получить стационарную или специализированную помощь (за исключением скорой помощи) только по его направлению.

Из всех обратившихся к врачу общей практики только 4% получают направления в учреждения вторичной помощи. Пациенты напрямую могут обращаться за стоматологической и акушерской помощью. С 2006 года для приема у психотерапевта направления от врача общей практики не требуется. Несмотря на это, большая часть пациентов до сих пор направляется к психотерапевту врачами общей практики. После получения направления пациенты сами решают, в какую из больниц обратиться. Вторичная помощь относится к видам помощи, которую можно получить лишь по направлению врача первичной помощи. Вторичная помощь предоставляется в основном больницами и психиатрическими учреждениями. В больницах имеются отделения стационарной, амбулаторной и круглосуточной неотложной помощи. Пациенты с неугрожающими жизни состояниями могут обратиться в специальные офисы врачей общей практики, работающие круглосуточно. В амбулаторных отделениях больниц также проводится до- и послебольничная диагностика. В самих больницах большая часть медперсонала (75%) организована в бригады. Отпуск рецептурных лекарственных средств осуществляется исключительно независимыми фармацевтами и врачами общей практики (в некоторых сельских районах). Жители могут приобретать безрецептурные препараты в целях самолечения в аптеках и у провизоров. Услуги долгосрочной помощи оказываются преимущественно в домах сестринского ухода, домах для престарелых и организациями, оказывающими помощь на дому. В 2007 году около 1,7 млн. жителей (61% женщины) оказывали неформальную помощь (эмоциональная поддержка, работа по дому, сопровождение во время поездок к родственникам) больным или

недееспособным, в основном родителям (42%) и супругам (20%). Паллиативная помощь интегрирована в общую систему здравоохранения и оказывается врачами общей практики, в домах сестринского ухода и на дому, специалистами и волонтерами. Более того, растет число хосписов и отделений паллиативной помощи, например, в домах сестринского ухода. Стоматологическая помощь является частью первичной помощи и предоставляется частными стоматологами и стоматологами-гигиенистами. Большая часть населения регистрируется у стоматолога. В Нидерландах насчитывается около 8000 стоматологов. Население может также воспользоваться широким спектром альтернативных методов лечения, таких как гомеопатия, иглоукалывание, природная медицина, магнитотерапия и остеопатия. В 2007 году 10,5% населения обращалось к поставщикам альтернативной помощи, включая врачей общей практики, работающих по этому направлению.

## **Основные реформы здравоохранения**

В 2006 году в Нидерландах была проведена структурная реформа системы здравоохранения. Эту реформу можно рассматривать как реализацию давнего политического стремления к объединению старой системы «базового медицинского страхования» с частным медицинским страхованием. Предыдущие попытки объединения всех систем медицинского страхования в единую схему обязательного страхования потерпели неудачу в начале 1990-х гг., главным образом, из-за сильной оппозиции со стороны медицинских страховщиков, работодателей и врачей. Однако в течение 1990-х годов были постепенно проведены реформы меньшего масштаба, предусмотренные ранее разработанным планом реформ. Такие меры способствовали созданию платформы для продвижения базового медицинского

страхования для всех жителей до удачной попытки проведения комплексных реформ в 2006 году. Реформы ввели управляемую конкуренцию под надзором независимых организаций. Участниками рыночных отношений стали медицинские страховщики, поставщики медицинских услуг и сами застрахованные, которые взаимодействуют между собой на трех субрынках: рынок медицинского страхования, рынок медицинского обслуживания и рынок закупок. Реформы были направлены на достижение надежного функционирования этих рынков. К примерам этих реформ можно отнести предоставление пациентам возможности принятия решения о выходе из медицинского страхования, установление прозрачной и единообразной системы цен (например, для врачей общей практики, больниц), систему селективных договоров и расширение степени использования свободных переговоров между медицинскими страховщиками и производителями медицинских услуг. Дальнейших структурных изменений в системе здравоохранения не предвидится. Правительство Нидерландов ставит своей целью проведение малых реформ, направленных на создание условий для последующего улучшения управляемой конкуренции в системе. Цели правительства также включают: укрепление позиций пациента, дальнейшее совершенствование первичного звена, введение электронных карт пациентов, а также изменения в сфере охраны психического здоровья и долгосрочной помощи.

## **Оценка системы здравоохранения**

В Нидерландах, по сравнению со странами ЕС-15, отмечается относительно низкий уровень общих расходов на здравоохранение, исчисляемый в процентах от ВВП, в то же время, в 2006 году подушевой уровень финансирования, исчисляемый по паритету покупательной способности, был выше среднего показателя по странам ЕС-15. По международным стандартам в стране

имеются достаточные финансовые и трудовые ресурсы для того, чтобы обеспечить нужды населения в медицинском обслуживании. В отношении материальных ресурсов наблюдается более сложная картина. Несмотря на то, что число коек в стационарах краткосрочного лечения ниже средневропейского показателя, показатели занятости койки и средней продолжительности госпитализации вместе свидетельствуют о достаточности коечной мощности. Проблемы с листами ожидания сократились, хотя возникающие время от времени очереди указывают на то, что в некоторых районах, равно как и по некоторым специальностям, доступ к медицинскому обслуживанию ограничен.

По сравнению с другими странами голландцам приходится покрывать относительно небольшую часть медицинских расходов из своих личных средств. Бремя личных расходов распределено среди домохозяйств неравномерно. В 2004 году у 90% домохозяйств медицинские расходы на превышали 5% их чистого дохода и только 3% домохозяйств тратили на медицинское обслуживание более 10% своего чистого дохода. Важные показатели результативности голландской системы здравоохранения (такие как предотвратимая смертность и больничная летальность) свидетельствуют о том, что система здравоохранения Нидерландов функционирует на уровне средних по ОЭСР показателей, и сама система обладает потенциалом достижения большей эффективности.

Несмотря на то, что удалось повысить качество медицинской помощи, в сравнении

с другими странами ОЭСР система здравоохранения Нидерландов показывает средние результаты по оказанию вторичной помощи. Голландцы добились значительных улучшений в секторе долгосрочной помощи, например, сокращения случаев пролежней и истощения у пациентов. Однако, как показывают результаты опросов пациентов и медицинских работников, в этом секторе имеются определенные проблемы. В целом, по показателю безопасности помощи Нидерланды получили относительно высокую оценку, хотя иногда и возникают неблагоприятные случаи. Может быть улучшена координация между различными видами помощи. В отношении инвестиций и внедрения инноваций (например, дневные хирургические стационары, карты больного) страна занимает сильные позиции в мировом рейтинге. Нидерланды также ведут активную деятельность в области организационных инноваций, судить об эффективности которой трудно в силу отсутствия достаточных данных.

В заключение справедливо отметить, что система здравоохранения в значительной степени влияет на состояние здоровья голландцев. Начиная с 1980 годов продолжительность здоровой жизни увеличилась на 6-7 лет несмотря на рост распространённости хронических заболеваний. На данный момент (конец 2009 года) слишком рано оценивать воздействие реформ 2006 года на такие показатели, как: территориальная и экономическая доступность, эффективность и качество медицинской помощи. В будущем будет доступно больше информации, позволяющей оценивать происходящие процессы.