

Реферат обзора

Швеция

Основные положения

Введение

Швеция – государство, представляющее собой монархию с парламентарной формой правления. Численность населения страны составляет порядка 9,4 млн человек, при этом более 80% населения проживает в городах. В 2010 году показатель ВВП на душу населения, установленный исходя из паритета покупательной способности (ППП, межд. долл. в текущих ценах), составил 37 775 шведских крон (4200 евро). Продолжительность жизни в Швеции – одна из самых высоких в мире. Сердечно-сосудистые заболевания являются основной причиной смерти, составив порядка 40% от общего числа смертей в 2009 году. Второе место занимают онкологические заболевания. В стране представлены три независимых уровня административно-территориального управления: национальный – правительство, региональный – 21 региональная администрация/регион, муниципальный – 290 коммун. Ответственность за предоставление медицинских услуг в первую очередь несут региональные администрации и регионы. Коммуны отвечают за обеспечение медицинской помощью пожилых и инвалидов.

Шведская система здравоохранения представляет собой социально-ответственную систему, предполагающую выраженное участие государства в обеспечении охраны здоровья всех граждан. Три основных принципа применимы к системе здравоохранения в Швеции. Принцип уважения присущего человеку достоинства предполагает, что все люди имеют равное право на уважение достоинства и должны обладать равными правами независимо от их социального статуса. Принцип необходимости

и солидарности означает, что те, кто больше нуждается в медицинской помощи, получают ее первыми. Принцип экономической эффективности предусматривает в случае выбора различных схем лечения применение метода рационального взаимодействия требуемых на лечение расходов и получаемых результатов, измеряемых в показателях улучшения состояния здоровья и повышения качества жизни населения.

Организационная структура и управление

В рамках Закона о здравоохранении и медицинских услугах (1982) региональные администрации/регионы и коммуны несут ответственность за обеспечение качественной медицинской помощи каждого человека, проживающего на территории Швеции. В рамках Закона предполагается предоставление региональным администрациям и коммунам значительной свободы в вопросах организации предоставления медицинских услуг. Шведские органы местного самоуправления восходят к далеким традициям. Региональные и местные органы управления представлены Ассоциацией органов муниципального и регионального управления Швеции (Sveriges Kommuner och Landsting). Государство в лице Министерства здравоохранения и социального развития несет ответственность за политику в области здравоохранения в целом. Всего 8 правительственных организаций напрямую отвечают за охрану здоровья и общественное здравоохранение: Национальный совет по здравоохранению и благосостоянию, Совет по надзору в сфере здравоохранения (HSAN), Национальный совет по оценке технологий здравоохранения, Агентство экспертизы лекарственных средств

и изделий медицинского назначения (МРА), Агентство по предоставлению льгот в стоматологической и медикаментозной помощи (TLV), Экспертно-аналитическое агентство в области здравоохранения и медицинского обслуживания, Агентство социального страхования и Национальный институт общественного здравоохранения.

Региональные администрации/регионы несут ответственность за финансирование и предоставление медицинских услуг прикрепленному населению. Коммуны по закону обязаны удовлетворять потребности пожилого населения и инвалидов в медицинской помощи и жилье. В стране представлены как государственные, так и частные медицинские учреждения, но, как правило, они финансируются государством. Сектор ПМСП лежит в основе системы здравоохранения. Медицинские услуги для больных, нуждающихся в стационарной помощи, предоставляются в районных и региональных больницах. Высококвалифицированная помощь, требующая использования самого последнего оборудования, в основном предоставляется в региональных больницах. Регионы объединены в 6 регионов оказания медицинской помощи с тем, чтобы облегчить взаимодействие между больницами в отношении предоставления высокоспециализированной медицинской помощи. Национальный институт общественного здравоохранения несет ответственность за проведение межсекторального учета и оценки национальной политики в области здравоохранения.

В рамках шведского законодательства медицинские сотрудники обязаны выполнять работу исходя из научных знаний и принятых стандартов. Оказание медицинской помощи должно основываться на результатах научных исследований и обширном клиническом опыте. Национальный совет по здравоохранению и благосостоянию уполномочен правительством предоставлять руководства, основанные на доказательной медицине, по оказанию медицинской помощи и лечению пациентов с тяжелыми хроническими состояниями. Данные

руководства создаются при участии других организаций, в первую очередь, Национального совета по оценке технологий здравоохранения, Агентства экспертизы лекарственных средств и изделий медицинского назначения и Агентства по предоставлению льгот в стоматологической и медикаментозной помощи.

В Швеции отсутствует отдельный закон, регулирующий соблюдение прав пациентов, однако, в настоящее время такой закон находится в стадии разработки. Ранее различные права пациентов, такие как выбор пациента или право на получение информации и на проведение по просьбе пациента консилиума, были включены в другие нормативные правовые акты или приведены в соглашениях, подписанных между государством и региональными администрациями посредством Ассоциации органов муниципального и регионального управления Швеции.

Финансирование

В 2009 году в Швеции расходы на здравоохранение составили 9,9% от ВВП. Здравоохранение в Швеции в основном финансируется из средств налогообложения. Порядка 80% всех расходов на здравоохранение являются государственными. И региональные администрации, и коммуны взимают с населения пропорциональные налоги на прибыль для предоставления медицинских услуг. Региональные администрации и коммуны также получают финансовые средства в виде государственных грантов и от использования платных услуг. Порядка 4% населения владеют полисами ДМС, в большинстве случаев предоставленных работодателями. Финансирование из средств ДМС составляет порядка 0,2% всех финансовых средств.

Порядка 17% общих расходов на здравоохранение приходится на частные расходы, в основном на платные услуги. Платежи граждан за посещение врача и за койко-день определяются отдельными региональными администрациями и коммунами. В 2011 году плата за консультацию врача ПМСП составила

100–200 шведских крон (11–22 евро). Плата за консультацию специалиста в больнице составила 230–320 шведских крон (25–35 евро). Плата за один день пребывания в стационаре составила порядка 80 шведских крон (9 евро). Практически во всех региональных администрациях пациентам младше 20 лет услуги оказываются без взимания платы. Правительство регулирует стоимость программ льготного финансирования высокочрезвычайных схем лечения в амбулаторно-поликлинических условиях. Верхняя граница для личных платежей граждан на национальном уровне установлена таким образом, что пациент никогда не заплатит больше 1100 шведских крон (122 евро) на период в 12 месяцев за амбулаторные посещения. Софинансирование со стороны пациента рецептурных лекарственных средств повсеместно действует по стране и полностью регулируется правительством. Пациент оплачивает полную стоимость рецептурных лекарственных средств, не превышающих 1100 шведских крон (122 евро), в случае если стоимость препарата выше, льгота на него постепенно увеличивается, достигнув 100%. Максимальный размер софинансирования со стороны пациента за рецептурные лекарственные средства на период в 12 месяцев составляет 2200 шведских крон (244 евро). Безрецептурные лекарственные средства и рецептурные лекарственные средства, не подлежащие льготному возмещению, приобретаются пациентами по полной стоимости.

Стоматологические услуги предоставляются населению с учетом трех групп льгот. Лицам в возрасте до 20 лет стоматологические услуги предоставляются бесплатно. Лицам от 20 лет и старше государство выделяет общую льготу порядка 150–300 шведских крон (16–33 евро) в год в зависимости от возраста на превентивную и профилактическую стоматологию. Другие стоматологические услуги входят в отдельные программы льготного финансирования высокочрезвычайных схем лечения на период в 12 месяцев. Пациенты оплачивают полную стоимость лечения в случае, если она не превышает

3000 шведских крон (333 евро), если же стоимость лечения выше, вступает в силу следующая льгота: 50% расходов за услуги, стоимость которых составляет 3000–15 000 шведских крон (1667 евро) и 85% расходов за услуги, стоимость которых превышает 15 000 шведских крон (1670 евро).

Механизмы оплаты поставщиков медицинских услуг варьируют в зависимости от региональной администрации, но платежи на основе общих бюджетов или совокупность платежей на основе общих бюджетов, оплаты по законченному случаю и по результатам деятельности часто используются в больницах. Оплата поставщиков сектора ПМСП в целом основана на подушевых нормативах из расчета на число прикрепленных пациентов, в дополнение к этому используются платные услуги и оплата по результатам деятельности. Большинство медицинских работников как государственного, так и частного сектора, а также функционирующих независимо (больницы, поставщики ПМСП, дома престарелых и службы ухода на дому), получают фиксированную зарплату. Региональные администрации покрывают расходы на все виды лекарственных средств, используемых в условиях стационара. Возмещение расходов за рецептурные лекарственные средства производится региональными администрациями на основе полученных ими государственных грантов, которые утверждаются на национальном уровне в результате переговоров между Ассоциацией органов муниципального и регионального управления Швеции и правительством.

Материальные и кадровые ресурсы

В 2009 году в Швеции общий объем коечного фонда составил порядка 25 500 единиц, из которых немногим более 4400 коек приходилось на специализированную психиатрическую помощь, порядка 20 000 коек – на специализированную помощь больным соматических стационаров и порядка 1100 коек – на частные клиники. В 2005 году число коек в больницах

краткосрочного лечения составило 2,2 койки на 1000 человек населения, что ниже аналогичного среднего показателя того же года по ЕС в 3,97. В Швеции, как и во многих других странах, показатель числа коек на душу населения резко снизился с 1970-х годов вслед за структурными изменениями в секторе здравоохранения.

Швеция выделяет больше кадровых ресурсов на сектор здравоохранения, чем большинство других стран ОЭСР. В 2008 году в Швеции насчитывалось 3,7 практикующих врача на 1000 человек населения, по сравнению с аналогичным средним показателем по ЕС в 3,3. Вместе с тем число практикующих медсестер на 1000 человек населения составило 10,8, что выше аналогичного среднего показателя по ЕС в 2008 году в Швеции насчитывалось порядка 35 000 аккредитованных врачей (допенсионного возраста) и порядка 115 000 аккредитованных медицинских сестер (допенсионного возраста), работающих в региональных администрациях, в муниципальном и частном секторе. Около 70% всех врачей являются дипломированными специалистами. Порядка одной четвертой этого числа специалистов – врачи общей медицины, что в сравнении с большинством других стран является низким показателем. Медицинское образование полностью финансируется государством. Обучение врачей, медицинских сестер, стоматологов и другого медицинского персонала производится во взаимодействии с больницами при университетах и других соответствующих подразделениях медицинских служб. Национальный совет по здравоохранению и благосостоянию уполномочен проводить аккредитацию медицинских работников.

Предоставление медицинских услуг

В Швеции бóльшая часть деятельности в секторе здравоохранения, равно как и в других связанных с ним отраслях, осуществляется на региональном и местном уровнях. В ведении региональных администраций находится предоставление медицинских услуг, а в сферу ответственности коммун входят такие области, как обязательное

и среднее образование, дошкольное образование, уход за пожилыми людьми, состояние дорог и водных коммуникаций, вывоз мусора и энергоресурсы. В 2003 году в Швеции была принята национальная политика в области общественного здравоохранения, согласно которой органы государственной власти в своей деятельности обязаны придерживаться 11 задач, включающих наиболее важные детерминанты здоровья.

С 2005 года в Швеции действует новый стандарт гарантированного объема медицинской помощи, направленный на усиление прав пациентов, повышение доступности и обеспечение равного доступа к плановой специализированной помощи в разных частях страны. Данный стандарт основан на принципе незамедлительного реагирования (отсутствие задержек) в системе здравоохранения на этапе получения консультации; посещения врача общей практики в течение 7 дней; получение консультации специалиста в течение 90 дней; лечение после установления диагноза, сроки ожидания которого не должны превышать 90 дней. С июля 2010 года данный стандарт регулируется законом и распространяется на все виды плановой специализированной помощи на региональном уровне.

Одна из основных целей структурных изменений шведской системы здравоохранения с 1990-х годов состояла в смещении приоритетов со стационарной помощи на амбулаторную помощь, оказываемую в больницах и учреждениях ПМСП, соответственно. ПМСП, предоставляемая более 1100 государственными и частными отделениями ПМСП по всей стране, предполагает оказание медицинских услуг, не требующих использования высокотехнологичного оборудования, а также ответственность за дальнейшее направление пациента на требуемый уровень оказания помощи внутри системы. В случае состояний, требующих стационарного лечения, медицинское обслуживание предоставляется порядка 70 государственными больницами на региональном уровне и 6 частными больницами. Специализированная помощь больным

соматических стационаров предполагает оказание медицинских услуг, требующих применения медицинского оборудования или других технологий, которые отсутствуют в медицинских учреждениях первичного звена. Относительно большая часть ресурсов системы здравоохранения была направлена на оказание помощи и лечение на стационарном уровне. Порядка двух третей региональных стационаров являются больницами краткосрочного лечения, предоставляющими круглосуточную медицинскую помощь без выходных, а также имеющими широкий спектр клинических специализаций по сравнению с муниципальными больницами, предоставляющими услуги краткосрочного лечения в более ограниченном объеме. В стране функционирует одна частная больница по оказанию краткосрочного лечения. С середины 1990-х годов несколько местных больниц были реорганизованы в специализированные больницы по предоставлению плановой специализированной помощи населению большей территории, однако данные больницы не оказывают общих услуг краткосрочного лечения. Высокоспециализированную помощь предоставляют 7 государственных больниц при университетах.

На территории страны насчитывается порядка 1200 аптек, реализующих рецептурные и безрецептурные лекарственные средства населению, больницам и другим медицинским службам. После проведения в 2009 году регулирования фармацевтического рынка число аптек увеличилось на 20%, а на рынке появился ряд конкурирующих национальных аптечных сетей. С 2009 года отдельные виды безрецептурных лекарственных средств широко представлены в магазинах, имеющих лицензию на их продажу.

Основные реформы здравоохранения

Деятельность по исполнению реформ шведской системы здравоохранения часто осуществляется органами местного самоуправления, в частности региональными администрациями и коммунами. Это означает, что сценарий реализации реформ различается в ряде органов местного самоуправления,

несмотря на то, что в целом их действия носят идентичный характер. За последние 10 лет реформы, инициированные отдельными региональными администрациями, ставили своей целью развитие ПМСП и улучшение взаимодействия различных служб по оказанию помощи пожилому населению. Число частных поставщиков ПМСП значительно увеличилось, несмотря на то, что государство все еще, как правило, выступает в качестве собственника медицинских центров в большинстве регионов. Одновременно с этим продолжился процесс реструктуризации стационарного сектора, предусматривающий специализацию и концентрацию медицинских услуг, начатых в 1990-х годах. Регулирование и управление медицинскими услугами в значительной степени строится на сопоставлении показателей качества и эффективности.

Реформы, инициированные на национальном уровне, были преимущественно направлены на определение сферы ответственности региональных администраций и коммун, большего предоставления пациентам льгот напрямую, а также на достижение равного предоставления медицинских услуг по регионам. Основные национальные реформы с конца 1990-х годов были направлены на сокращение сроков ожидания плановой медицинской помощи пациентами. В 2005 году был введен новый стандарт соблюдения гарантированного срока ожидания плановой медицинской помощи, регулируемый законом с 2010 года. Ряд национальных реформ также был направлен на улучшение ПМСП, психиатрической помощи и взаимодействия различных служб по оказанию помощи пожилому населению. С 2002 года Агентство по предоставлению льгот в стоматологической и медикаментозной помощи (TLV) отвечает за принятие решений о выделении ассигнований на рецептурное лекарственное средство и его включении в схему льготного предоставления лекарственных средств, основываясь на данных об экономической эффективности различных препаратов. С 2002 года рецептурные лекарственные средства подлежат обязательной замене на воспроизведенные лекарственные препараты фармацевтами.

С 2000 года новые инициативы в сфере реформирования проводились в целом по 7 направлениям или областям:

- продолжающаяся специализация и концентрация медицинских услуг в стационарном секторе;
- региональное распределение медицинского обслуживания, включая объединение региональных администраций;
- улучшение взаимодействия различных служб по оказанию помощи пожилому населению;
- предоставление большего выбора поставщиков медицинских услуг, обеспечение конкуренции и приватизации как способа поддержки развития ПМСП;
- обеспечение конкуренции и приватизации в фармацевтическом секторе;
- изменение схем ассигнований лекарственных средств и их софинансирования, в частности в случае оказания стоматологических услуг;
- повышенное внимание к системам государственной оценки показателей качества оказываемой медицинской помощи и эффективности медицинского обслуживания, размерах капитальных вложений в сектор здравоохранения и повышение скорости реагирования на ожидания пациентов и граждан.

Ряд недавних инициатив, а также множество инициатив, находящихся на стадии обсуждения, регулируются в рамках возникающей деятельностной парадигмы управления и регулирования в области здравоохранения. Ключевые слова, относящиеся к нынешнему и ожидаемому будущему направлению реформ, включают: национальные регистры качества, системы государственной оценки показателей качества и эффективности медицинского обслуживания со стороны местных властей и поставщиков, принцип соотношения цены и качества по инвестированию в сектор здравоохранения, состояние здоровья населения и предоставляемые населению льготы с позиции пациента, направленность процесса и взаимодействие различных

служб. Больше внимания стали уделять необходимости определения достоверных показателей деятельности и улучшению механизмов мониторинга деятельности на постоянной основе посредством капиталовложений в регистры и новые информационные технологии (ИТ). В силу повышения прозрачности больше внимания уделяется анализу различий в результатах деятельности системы и показателях здоровья населения, достигнутых в регионах и среди поставщиков, а также использованию полученного опыта. Специализация и концентрация специализированного медицинского обслуживания, начатая в середине 1990-х годов, продолжились. Значимым барьером является то, что региональные администрации, больницы и даже специалисты предпочитают использовать ресурсы только местного уровня. Концентрация медицинских услуг на уровне региональных больниц не всегда соответствует имеющимся данным по показателям деятельности, представленным в национальных регистрах качества. В настоящее время назревает вопрос долгосрочного финансирования медицинского обслуживания. Согласно прогнозам, в отношении данной тенденции зафиксирован растущий спрос, определяемый резкими изменениями демографической структуры с преобладающей динамикой роста более пожилого населения в течение следующих 10–15 лет. Какие бы то ни было серьезные изменения в системе финансирования сектора здравоохранения не имеют под собой политической поддержки.

Оценка системы здравоохранения

Средняя ожидаемая продолжительность жизни при рождении в Швеции является одной из самых высоких в мире; данный показатель увеличился на 5,5 лет за последние 30 лет. В отношении управляемой смертности Швеция стабильно занимает наилучшие позиции среди стран ОЭСР. Шведская система здравоохранения также демонстрирует лучшие показатели деятельности в отношении заболеваемости населения и качества оказываемой

медицинской помощи. К слабым сторонам шведской системы здравоохранения относятся длительные сроки ожидания диагностики и лечения в отдельных областях. Как на национальном, так и на муниципальном уровне был предпринят ряд инициатив, направленных на сокращение сроков ожидания плановой медицинской помощи и повышение доступности услуг поставщиков. Одна из основных целей политики в области здравоохранения среди политиков как национального, так и муниципального уровня, состоит в повышении доступности диагностики и лечения с целью улучшения способности системы реагировать на потребности пациентов и обеспечения легитимности финансируемой государством системы здравоохранения.

Ранее региональное и социально-экономическое равенство в отношении качества оказываемой медицинской помощи принималось как данность. После того, как система государственной оценки показателей качества оказываемой медицинской помощи и эффективности медицинского обслуживания выявила значительные различия этих показателей среди региональных администраций и поставщиков, эти данные были поставлены под сомнение. Региональное варьирование показателей по региональным администрациям также свидетельствует о том, что возможны значительные улучшения в этой области, несмотря на то, что в среднем шведская система здравоохранения демонстрирует лучшие показатели деятельности по сравнению с большинством стран. Ежегодно проводимые с 2006 года мониторинги показателей качества оказываемой медицинской помощи и эффективности медицинского обслуживания (Öppna jämförelser) по регионам играют важную роль в данном начинании.

Больше внимания также уделяется относительно низкому уровню капиталовложений в сектор ПМСП и возможному негативному воздействию

на доступность медицинской помощи. В действительности приоритеты в политике в значительной мере были определены, исходя из прошлого опыта капиталовложений в сектор здравоохранения, основанного преимущественно на инвестировании в стационарный сектор. На национальном уровне также были предприняты инициативы по поддержке сектора ПМСП, оказания помощи пожилому населению и сектора психиатрической помощи. Механизмы обеспечения вертикальных приоритетов, основанных на доказательной медицине и экономической эффективности, были внедрены только в последние 20 лет. Хотя и руководства Национального совета по здравоохранению и благосостоянию, и регулярные обзоры Национального совета по оценке технологий здравоохранения основаны на принципах доказательной медицины и содержат данные об экономической эффективности, влияние данных публикаций на местном уровне неясно. До сих пор мало внимания уделяется практике платных медицинских услуг и лекарственных средств без выделения льготных категорий на основе социально-экономических факторов. Исключения составляют стоматологические услуги, в случае которых были увеличены льготные ассигнования на дорогостоящее протезирование для взрослых, ставшие следствием отчетов, свидетельствующих о социально-экономическом неравенстве в доступе к медицинской помощи.

Несмотря на то, что шведская система здравоохранения занимает высокие позиции в сравнении с другими странами по таким показателям, как состояние здоровья населения, деятельности системы здравоохранения и качества оказываемой медицинской помощи, в отношении технической эффективности системы, как правило, наблюдается обратная тенденция. Низкие показатели технической эффективности в секторе специализированной помощи кажутся, по меньшей мере, неожиданными, учитывая, что в то же самое время

в Швеции зафиксирован низкий показатель койко-дней на душу населения и относительно низкий показатель средней продолжительности пребывания в стационаре. В целом, однако, согласно исследованиям, отсутствует значительная взаимозависимость между технической эффективностью (измеренной по результатам и расходам) и индикаторами, отражающими качество оказываемой медицинской помощи в 21 региональной администрации. Вместе с тем

не существует простого объяснения различий в показателях качества оказываемой медицинской помощи и эффективности медицинского обслуживания, поскольку ни один регион не демонстрирует положительных результатов по всем показателям. Те регионы, в которых были зафиксированы наилучшие показатели качества оказываемой медицинской помощи, доступности, безопасности пациентов и расходов, добились положительных результатов разными способами.