

Системы здравоохранения: время перемен

Авторы:
Андре ден Экстер
Херберт Херманс
Милена Досляк
Райнхард Буссе

Редакторы:
Райнхард Буссе
Эваут ван Гиннекен
Йонас Шрейёгг
Венди Висбаум

НИДЕРЛАНДЫ

2004



В Европейской обсерватории по системам здравоохранения сотрудничают Европейское региональное бюро ВОЗ, правительства Бельгии, Греции, Испании, Норвегии, Финляндии и Швеции, Европейский инвестиционный банк, Институт «Открытое общество», Всемирный банк, Лондонская школа экономических и политических наук, Лондонская школа гигиены и тропической медицины.

Ключевые слова
МЕДИЦИНСКОЕ ОБСЛУЖИВАНИЕ
ИССЛЕДОВАНИЯ
ФИНАНСИРОВАНИЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
РЕФОРМА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
ПРИНЦИПЫ ОРГАНИЗАЦИИ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
НИДЕРЛАНДЫ

© Европейское региональное бюро ВОЗ от имени Европейской обсерватории по системам и политике здравоохранения, 2004

Данный обзор распространяется бесплатно, использовать его полностью или частично для коммерческих целей запрещается. Права на издание обзора или его части можно получить в Секретариате Европейской обсерватории по системам и политике здравоохранения по адресу: Secretariat of the European Observatory on Health Care Systems, WHO Regional Office for Europe, Scherfigsvej 8, DK 2100 Copenhagen Ø, Denmark. Европейская обсерватория по системам и политике здравоохранения приветствует подобные обращения.

Используя те или иные географические и другие названия и обозначения, Европейская обсерватория по системам и политике здравоохранения и организации, входящие в ее состав, не выражают своих взглядов на правовой статус какой бы то ни было страны, территории, города, области и органы власти, а также на государственные и административные границы. Названия стран и территорий соответствуют состоянию дел на момент создания первоначального документа.

Документ выражает взгляды его создателей и не обязательно отражает решения или официальную политику Европейской обсерватории по системам и политике здравоохранения и организаций, входящих в ее состав.

Ссылка на исходный документ:

Exter A, Hermans H, Dosljak M, Busse R. *Health care systems in transition: Netherlands*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies, 2004.

Европейская обсерватория по системам и политике здравоохранения

Европейское региональное бюро ВОЗ

Правительство Бельгии

Правительство Греции

Правительство Испании

Правительство Норвегии

Правительство Финляндии

Правительство Швеции

Европейский инвестиционный банк

Институт «Открытое общество»

Всемирный банк

Лондонская школа экономических и политических наук

Лондонская школа гигиены и тропической медицины

ISSN 1020-9077 Vol. 6 No. 6

Содержание

Предисловие	v
Благодарности	vii
Введение и историческая справка	1
Введение.....	1
История.....	6
Структура и управление	13
Структура системы здравоохранения	13
Планирование, нормирование и управление	22
Децентрализация системы здравоохранения	28
Финансирование и затраты	31
Системы финансирования	31
Прочие источники финансирования	42
Набор медицинских услуг	45
Затраты на здравоохранение	52
Медицинское обслуживание	59
Общественное здравоохранение	59
Первичное медицинское обслуживание	63
Специализированное медицинское обслуживание	66
Медико-социальная помощь.....	74
Медицинские кадры, обучение и практика	78
Лекарственные средства	86
Оценка медицинских технологий.....	91
Распределение средств	95
Бюджет здравоохранения и распределение средств	95
Финансирование больниц	100
Оплата труда врачей	103
Реформы здравоохранения	107
Процесс и содержание реформ	107
Внедрение реформ	116
Заключение	125
Литература	127
Дополнительная литература	131
Основные законы	135
Словарь терминов	137

Предисловие

Каждый обзор из серии «Системы здравоохранения: время перемен» содержит всесторонний анализ системы здравоохранения той или иной страны и ее реформ — проводимых и разрабатываемых. Обзоры — один из основных направлений деятельности Европейской обсерватории по системам и политике здравоохранения.

Назначение обзоров — предоставлять организаторам здравоохранения и исследователям сравнительную информацию, необходимую для совершенствования систем здравоохранения в Европе. Обзоры систем здравоохранения дают возможность:

- подробно узнать о различных методах организации, финансирования и предоставления медицинских услуг;
- описать процесс подготовки реформ здравоохранения, их содержание и результаты;
- обозначить основные проблемы и области, которые требуют более глубокого исследования;
- предоставить руководителям и исследователям разных стран возможность делиться сведениями о здравоохранении и обмениваться опытом его реформ.

В каждой стране над созданием обзора работают местные специалисты вместе с научными руководителями и сотрудниками Европейской обсерватории по системам здравоохранения. Чтобы данные обзоров разных стран были сопоставимы, разработаны и регулярно обновляются правила их составления. Помимо подробной инструкции, правила включают перечень тем, которые должны быть рассмотрены, определения терминов и примеры. Вместе с тем правила предоставляют авторам достаточно свободы, чтобы они могли отразить особенности страны.

Составление обзоров сопряжено с рядом методических сложностей. Получить данные по системам здравоохранения и результатам реформ во многих случаях бывает довольно трудно. Единый источник количественных данных отсутствует: их приходится получать в разных организациях, таких как Европейское региональное бюро ВОЗ (база данных «Здоровье для всех»), Организация экономического сотрудничества и развития, Всемир-

ный банк. Тем не менее определения и методы получения сведений, хотя и не полностью совпадают, но обычно согласуются в пределах каждой серии.

Обзоры служат источником описательных, свежих и сопоставимых данных о здравоохранении разных стран и позволяют руководителям извлекать уроки из международного опыта. В обзорах также содержатся все данные для глубокого сравнительного анализа реформ. Выпуск обзоров продолжается. Данные о результатах реформ сегодня собирают во всех европейских странах, все сведения будут регулярно обновляться, что позволит постоянно следить за ходом реформ. Обзоры, их рефераты и словарь терминов можно найти на сайте Обсерватории: www.observatory.dk.

Благодарности

Авторы обзора здравоохранения Нидерландов: Андре ден Экстер, Херберт Херманс и Милена Досляк (сотрудники Роттердамского университета им. Эразма), а также Райнхард Буссе (Европейская обсерватория по системам и политике здравоохранения). Редактор обзора — Райнхард Буссе, а также Эваут ван Гиннекен, Йонас Шрейёгг и Венди Висбаум (Европейская обсерватория по системам здравоохранения, берлинское и мадридское отделение).

Европейская обсерватория по системам 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 Роттердамского), 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 Роттердамского) за рецензирование обзора и ценные поправки, замечания и предложения. Кроме того, ценные замечания внесли Винке Бурма, Петер Груневеген (оба из института Nivel, 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.

Настоящая подборка обзоров серии «Системы здравоохранения — время перемен» подготовлена научными руководителями и сотрудниками Европейской обсерватории по системам здравоохранения. Европейская обсерватория по системам здравоохранения сотрудничает с Европейским региональным бюро ВОЗ, правительствами Бельгии, Финляндии, Греции, Норвегии, Испании и Швеции, Европейским инвестиционным банком, Институтом «Открытое общество», Всемирным банком, Лондонской школой экономической и политических наук и Лондонской школой гигиены и тропической медицины.

В Европейской обсерватории по системам здравоохранения коллектив создателей обзоров работает под руководством генерального секретаря

Джозепа Фигераса; научные руководители — Мартин Мак-Ки, Элиас Моссиалос и Ричард Солтман. Координатор проекта — Сюзанн Гросс-Тебб.

Изданием и тиражированием обзора руководили Джеффри Лазарус и Сюзанн Гросс-Тебб при поддержке Ширли и Йоганнеса Фредериксенов (верстка) и Томаса Петрусо (редактирование). Административную поддержку при подготовке обзора здравоохранения Нидерландов оказывал Питер Херрулен.

Отдельную благодарность авторы выражают базе данных «Здоровье для всех» Европейского регионального бюро ВОЗ за предоставление данных по медицинскому обслуживанию; Организации экономического сотрудничества и развития — за данные по медицинскому обслуживанию в Западной Европе; и Всемирному банку — за данные по затратам на здравоохранение в странах Центральной и Восточной Европы. Авторы благодарят также государственные статистические службы за предоставленные сведения.

Данные, приведенные в обзоре, относятся к лету 2004 г.

Введение и историческая справка

Введение

Королевство Нидерландов (Koninkrijk der Nederlanden) расположено в Западной Европе; с запада и севера оно омывается Северным морем (береговая линия составляет 451 км), на юге граничит с Бельгией (протяженность границы 450 км), а на востоке с Германией (протяженность границы 577 км) (рис. 1). Его площадь составляет 41 532 кв. км (33 889 кв. км суши и 7643 кв. км воды). Высочайшей точкой Нидерландов является Ваалсерберг на юго-востоке, близ границы с Бельгией и Германией (высота 322,5 м над уровнем моря), а самая низкая точка расположена вблизи Роттердама, в Принс Александерполдер (Ниуверкер ван де Ейссел, 6,74 м ниже уровня моря). Климат Нидерландов умеренный, средняя летняя температура составляет плюс 16—17 градусов по Цельсию, а зимняя — плюс 2—3 градуса.

Население составляет 16 258 032 чел. (2004 г.): 8 095 914 мужчин (49,5%) и 8 212 118 женщин (50,5%). Столицей Нидерландов является Амстердам (население 737 000 чел., данные за 2003 г.), но правительство находится в Гааге (по-голландски Den Haag; 464 000 чел., данные за 2003 г.). Нидерланды состоят из 12 провинций; плотность населения в стране очень высока и превышает 450 чел. на кв. км. 81% населения составляют местные жители (те, чьи родители родились в Нидерландах, независимо от того, в какой стране родились они сами), а 19% имеют иностранное происхождение: например, марокканское, суринамское или турецкое (считается, что у человека иностранное происхождение, если хотя бы один из его родителей родился не в Нидерландах). По вероисповеданию 31% населения Нидерландов — католики, 14% — голландские реформаты, 8% — кальвинисты, 5,5% — мусульмане, 0,6% — индуисты, 1,9% принадлежат к иным конфессиям, а 40% определенного вероисповедания не имеют. 24,5% населения моложе 20 лет, 28% — в возрасте от 20 до 39 лет, 33,6% — в возрасте от 40 до 64 лет, 10,4% — в возрасте от 65 до 79 лет, а 3,4% от 80 лет и старше (2004 г.). Рождаемость составляет 12,5 новорожденных на 1000 населения (2002 г.), а смертность — 8,8 смертей на 1000 населения (2002 г.). 43% населения состоят в браке, 45% в брак не вступали, 5,4% составляют вдовцы и вдовы, 5,8% разведены (2004 г.).

Рисунок 1. Карта Нидерландов¹

Источник: World Factbook 2004.

Политическая система

Номинально правителем Нидерландов является король либо королева (с 30 апреля 1980 г. королева Нидерландов — Беатрикс Вильгельмина Армгард), но исполнительной властью обладает лишь правительство. Правительство с 2002 г. возглавляет премьер-министр Ян Петер Балкененде. Инте-

¹ Включенные в этот документ карты не отражают взгляды какого бы то ни было отделения или члена Европейской обсерватории по системам и политике здравоохранения или ее партнеров на правовой статус страны, района, области, города и их властей, равно как и на определение их границ.

рессы населения выражает парламент или Генеральные штаты (Staten-Generaal); он состоит из Второй палаты (Tweede Kamer) и Первой палаты (Eerste Kamer). Эта двухпалатная система восходит к 1815 г. В Первой палате (или Сенате) 75 членов, которые избираются на 6 лет советами провинций; Вторая палата — с политической точки зрения более влиятельная — состоит из 150 членов, которые избираются напрямую на 4 года. Во Второй палате представлены все основные политические партии страны. Поскольку ни одна из них не обладает большинством голосов, для формирования кабинета необходимо, чтобы несколько партий образовали коалицию. Законодательная власть принадлежит обеим палатам как единому целому. Основная роль Второй палаты — вносить поправки в представленные правительством законопроекты и одобрять их, в то время как Первая палата может лишь одобрять или отклонять законопроекты, уже прошедшие через Вторую палату.

Конституционный характер голландского государства выражен принципом «*Trias Politica*» (разделение властей) и закреплён всесторонней системой сдержек и противовесов. В системе сдержек и противовесов много рычагов: двухпалатная парламентская система, судебный контроль, административный надзор и право Второй палаты на внесение поправок.

Здоровье населения

Согласно последнему докладу о состоянии здоровья населения (Van Oers, 2003), большинство жителей Голландии оценивает свое состояние здоровья как хорошее. В последние несколько десятков лет средняя продолжительность жизни в Голландии росла и в 2002 г. составляла 76,0 лет для мужчин и 80,7 лет для женщин. Годы, на которые увеличилась продолжительность жизни за последние десять лет, голландцы, как правило, проживают с хорошим самочувствием. Основные причины смерти — сердечно-сосудистые заболевания и рак.

В 2000 г. число здоровых лет жизни в Нидерландах как для мужчин, так и для женщин было примерно одинаковым: 61 год хорошего (по собственной оценке) здоровья, более 70 лет без инвалидности и 68 лет хорошего психического состояния. Как следствие, число лет жизни в плохом состоянии здоровья у женщин по сравнению с мужчинами заметно больше.

Улучшения в состоянии здоровья голландцев в немалой степени связаны с высоким уровнем экономического развития, достигнутым после Второй мировой войны; меньший, однако, вероятно, существенный вклад принадлежит хорошо развитой системе здравоохранения.

Средняя продолжительность жизни в Нидерландах долго была одной из самых высоких в мире, но в последние годы растет лишь у мужчин, а у женщин снизилась до средней по странам Европейского сообщества цифры. Возможные причины этих несколько тревожных тенденций — большое число курящих, неправильное питание, злоупотребление алкоголем и другие факторы риска (высокое артериальное давление, ожирение и малая физическая активность). Смертность в Голландии по-прежнему довольно низка, что отчасти обусловлено сравнительно низкой смертностью в молодом

возрасте благодаря малому числу дорожно-транспортных происшествий. Перинатальная смертность, которую часто рассматривают как важный показатель состояния здравоохранения, по сравнению со средним по Европейскому сообществу также не снижается. Это приписывают ряду факторов риска, влияние которых усилилось в последнее время: больше детей рождается у матерей из этнических меньшинств — у них обычно ниже социоэкономический статус; растет средний возраст голландских матерей — сейчас он самый высокий в европейских странах; рождается все больше двоен и троен, причиной чему такие методы лечения бесплодия как экстракорпоральное оплодотворение. Наконец, довольно много голландок продолжают курить во время беременности (1). Однако нельзя сказать, что в Нидерландах, где по-прежнему немалый процент детей рождается дома, исходы родов хуже, чем в других странах.

В Нидерландах по-прежнему существуют заметные различия в состоянии здоровья, обусловленные социоэкономическим статусом и разницей между городским и сельским населением. В крупных городах все больше факторов, отрицательно влияющих на здоровье: наркомания, алкоголизм, заболевания, передающиеся половым путем, насилие, психические заболевания, общественная изоляция и бездомность. Все они больше распространены в более низких социоэкономических группах.

Согласно Статистическому бюро Нидерландов (Centraal Bureau voor de Statistiek), в 2003 г. 25,8% населения оценивало свое здоровье как очень хорошее, 54,7% как хорошее и лишь 19,5% — хуже (2). В табл. 1 приведены некоторые демографические показатели и показатели состояния здоровья для Нидерландов за период с 1980 по 2000 гг.

Экономика

Процветающая, открытая экономика Нидерландов опирается на частное предпринимательство, но государственное влияние ощутимо во многих ее сферах. Главные отрасли промышленности — пищевая, нефтепереработка и металлообработка. Сельскохозяйственный сектор высоко механизирован; в нем занято лишь 4% работающих, но он обеспечивает местную пищевую промышленность и производит большой излишек товаров для экспорта. В результате Нидерланды занимают третье место в мире по объему экспорта сельскохозяйственных продуктов. Резкое снижение с 1980 гг. объема субсидий и расходов на социальное обеспечение помогло Нидерландам достичь устойчивого экономического роста в сочетании со снижением уровня безработицы и умеренной инфляцией. Ежегодный экономический рост в 1990 гг. составлял 3—4%, а в последние несколько лет замедлился. Уровень безработицы с 1998 г. составляет менее 5%; инфляция в конце 1990 гг. не превышала 2,0%, но в последние несколько лет выросла. Голландия была в числе первых 11 стран ЕС, которые с 1 января 1999 г. ввели систему евро. В табл. 2 приведены некоторые макроэкономические показатели для Нидерландов за 1980—2002 гг.

Таблица 1. Демографические показатели и здоровье населения, 1980—2002 гг.

Показатель	1980	1985	1990	1995	2000	2001	2002
Численность населения, тысячи	14 150	14 492	14 952	15 459	15 926	16 105	16 193
Доля населения в возрасте 65 лет и старше, %	11,5	12,1	12,8	13,2	13,6	13,7 ^a	13,7 ^a
Рождаемость на 1000 населения	12,8	12,3	13,2	12,3	13,0	12,6 ^a	12,5 ^a
Общая смертность на 1000 населения	8,1	8,5	8,6	8,8	8,8	8,7 ^a	8,8 ^a
Коэффициент фертильности (среднее число детей у одной женщины)	1,6	—	1,6	1,5	1,7	1,7 ^a	1,7 ^a
Продолжительность жизни, годы	76,0	76,6	77,2	77,7	78,3	—	—
Продолжительность жизни женщин, годы	79,5	80,0	80,4	80,6	80,8	80,7 ^a	80,7 ^a
Продолжительность жизни мужчин, годы	72,6	73,2	73,9	74,7	75,7	75,8 ^a	76,0 ^a
Детская смертность на 1000 новорожденных	8,6	8,0	7,1	5,5	5,1	5,4 ^a	5,0 ^a
Стандартизованная смертность, все случаи на 1000 населения	8,12	7,87	7,49	7,25	6,92	—	—

Источник: База данных «Здоровье для всех» Европейского регионального бюро ВОЗ; ^a Статистическое бюро Нидерландов (Centraal Bureau voor de Statistiek), 2004.

Таблица 2. Макроэкономические показатели (1980—2002 гг.)

Показатель	1980	1985	1990	1995	2000	2001	2002
ВВП на душу населения, доллары США с учетом паритета покупательной силы	8860	12204	16596	21251	27183	27190	29000
Скорость роста ВВП, % ^a	—	—	—	3,0	3,5	1,2	0,2
Среднегодовая инфляция, % ^a	—	—	—	1,4	2,3	5,1	3,9
Уровень безработицы, %	4,6	10,8	5,0	7,1	2,6	2,0	2,3

Источники: База данных «Здоровье для всех» Европейского регионального бюро ВОЗ; ^a «Евростат», 2004 г. ВВП — валовой внутренний продукт.

История

Больницы

У истоков голландского здравоохранения в немалой степени стояли добровольные организации, зачастую оказывавшие помощь на благотворительной основе. В прошлом они обычно носили религиозный или идеологический характер: существовали протестантские, католические, иудаистские или опирающиеся на гуманистическую традицию учреждения (3). С течением времени отношения между государством и добровольными организациями менялись. Голландские больницы, основанные, как правило, частными лицами, нередко — как благотворительные учреждения, по-прежнему остаются организациями частными и некоммерческими, но больше не создаются лишь по конфессиональному признаку.

Несмотря на то, что большинство учреждений здравоохранения — частные, уровень государственного вмешательства в здравоохранение высок. Государство определяет объем обслуживания и коечный фонд в больницах; число больничных коек жестко регулируется Законом об обеспечении стационарной помощью (*Wet Ziekenhuisvoorzieningen, WZV*). Прежде чем строить больницу, необходимо получить государственную лицензию.

После войны, в 1950 гг., в рамках всеобщих усилий по восстановлению страны, большое внимание уделялось строительству больниц. В 1971 г. в соответствии с Законом об обеспечении стационарной помощью была введена в действие комплексная система планирования учреждений стационарной помощи — в первую очередь из-за всеобщей неудовлетворенности распределением стационаров. По общему мнению, слишком много больниц располагалось в крупнейших городах и слишком мало — в остальных частях страны.

Медицинское страхование — страховые фонды и частные компании

Закон о фондах медицинского страхования (Закон о ФМС; известен также как Закон об обязательном медицинском страховании; *Ziekenfondswet, ZFW*) от 15 октября 1964 г. — один из последних по времени голландских законов в области социального страхования (4). Он окончательно вступил в силу с 1 января 1966 г. — но, в сущности, страхование, покрывающее расходы на медицинскую помощь — одна из старейших форм страхования в Нидерландах. Системы добровольного страхования, в которых размер взноса зависел от финансовых возможностей человека, существовали уже в позднем Средневековье и выросли из цеховой системы. Цеховая система взаимовыручки включала в себя плату за лечение: цеха создавали фонды, их члены вносили туда деньги, из которых платили врачам. Такие виды страхования сохранились даже после отмены в 1798 г. цеховой системы и в годы промышленной революции. Ужасающие условия жизни городской бедноты в середине девятнадцатого столетия побудили врачей основать в нескольких

крупнейших городах страховые фонды. Со временем такие добровольные организации охватили всю страну, отчасти благодаря усилиям крепнущего профсоюзного движения.

Медицинское страхование оставалось добровольным до 1941 г., когда под нажимом германских оккупационных властей было принято Постановление о фондах медицинского страхования, разделившее медицинский страховой рынок на три части: (1) обязательное социальное страхование для работающих по найму и членов их семей, (2) добровольное социальное страхование для самостоятельно работающих и (3) частное медицинское страхование для остального населения. Постановление о фондах медицинского страхования требовало, чтобы они включили в свой набор услуг стационарное лечение и услуги специалистов. Как и ранее с частными страховыми фондами, Постановление относилось к услугам, которые медицинские учреждения оказывают напрямую по договору с фондами.

С 1941 по 1965 г. система обязательного страхования постепенно развивалась, распространяясь как на новые виды услуг, так и на новые группы населения. По пенсионному законодательству 1947 г. в число охваченных обязательным страхованием вошли престарелые. Когда в 1957 г. на смену этому законодательству пришел Закон о всеобщей пенсии по старости (*Algemene ouderdomswet, AOW*; касается всех пожилых людей), для пожилых людей с доходом ниже определенного уровня была введена отдельная страховая схема, заместившая для этой группы населения обязательное страхование в ФМС.

Эти разрозненные новшества не способствовали созданию четкой законченной системы, поскольку основная суть законодательства рассеяна была по множеству законов, предписаний и постановлений. Новый Закон о фондах медицинского страхования, помимо того что ввел различные новшества, собрал воедино и систематизировал законодательство в этой области. В системе ФМС сохранено положение, когда страховое возмещение предоставляется в виде медицинских услуг. Первоначально система ФМС включала обязательное страхование для людей соответствующих групп занятости, схему страхования престарелых и добровольное страхование для тех, кто не отвечает критериям обязательного страхования. Во всех трех случаях право на страхование определялось потолком доходов. При страховании престарелых и добровольном страховании не позволялось отказывать людям из-за того, что они являются «высокими рисками». С годами сложилась ситуация, при которой здоровые люди могли получить более дешевое страхование от частных компаний, а так называемым «высоким рискам» приходилось полагаться на государственные схемы. В результате у этих типов страхования финансовое положение все усложнялось, и наконец 1 апреля 1986 г. они были упразднены. Застрахованные по схеме для престарелых и престарелые, имеющие добровольную страховку со сниженным размером взносов, были включены в общую систему обязательного страхования. Кроме того, туда вошли определенные категории лиц, получающих социальные пособия. Чтобы справиться с последствиями непропорционально высокой представленности пожилых людей в системе ФМС, тогда же был

введен в действие Закон о со-финансировании в фондах медицинского страхования лиц пожилого возраста (также Закон о со-финансировании непропорционально большого числа лиц пожилого возраста в программах медицинского страхования; *Wet Medefinanciering Oververtegenwoordiging Oudere Ziekenfondsverzekerden*, МООЗ). Согласно ему, граждане, застрахованные в частных компаниях, отчисляют средства на возмещение непропорционально высоких расходов фондов ФМС.

Упразднение страховой схемы для престарелых и схемы добровольного страхования означало, что некоторым из тех, кого они раньше охватывали, теперь придется обратиться к частному страхованию. Чтобы гарантировать доступность частного страхового рынка, страховым компаниям было предписано иметь среди своих полисов так называемый стандартный полис, в который входит пакет услуг, определенный Законом о доступе к медицинскому страхованию (*Wet op de Toegang tot Ziekttekostenverzeke ringen*, WTZ). Правила доступа, набор услуг и размер страховых взносов регулируются Законом.

Вскоре после того как новый закон вступил в силу, стало ясно, что определенным группам населения не под силу взносы по частной медицинской страховке. В отличие от социального медицинского страхования, размер этих взносов не зависел от величины дохода. Пожилые люди, живущие только на государственную пенсию, или имеющие также небольшую дополнительную пенсию, пострадали особенно сильно. Хотя правительство признало, что сложности существуют, и даже снизило для пожилых размер взносов, его так и не привязали к величине дохода: предполагалось реформировать всю систему медицинского страхования. Когда эти планы застопорились, парламент, наконец, единодушно проголосовал в пользу законопроекта, внесенного тогдашним членом парламента Ван Отгерлоо: изменения в системе медицинского страхования, призванные помочь пенсионерам, живущим только на государственную пенсию либо имеющим лишь очень небольшую дополнительную пенсию.

Принятие Закона Ван Отгерлоо означало, что пенсионеры, доход которых не превышает определенный уровень, охвачены системой ФМС (страховые выплаты рассчитывались на основе их государственной пенсии). 1 января 1997 г. потолок доходов, дающий пенсионерам право на страхование в системе ФМС, был резко поднят до 15 973 евро, а 1 июля 1997 г. — до 17 330 евро. Это означало, что отныне системой ФМС охвачено больше пенсионеров. В результате система ФМС охватывает большинство людей и после достижения ими 65 лет (так называемый принцип «оставайтесь на месте»). Основной причиной этой юридической защиты стало то, что некоторым группам лиц приходилось тратить на страховые взносы неоправданно высокую долю своего дохода. От этого страдали пожилые люди, которым, по Закону о доступе к медицинскому страхованию, приходилось по достижении 65 лет приобретать частную страховку, а также те, чей доход лишь слегка превышал верхний предел, установленный Законом о ФМС. Подняв этот предел, Закон Ван Отгерлоо увеличил число людей, застрахованных в системе ФМС, примерно на 162 тыс. человек.

В Закон о ФМС была также (с 1 августа 1997 г.) внесена поправка, по которой студенты высших учебных заведений, получающие финансовую помощь согласно Закону о финансировании студентов (*Wet op de Studiefinanciering, WSF*), потеряли право страховаться в ФМС, где застрахованы их родители, как иждивенцы (бесплатно). Теперь эти студенты подписывают договоры частного страхования, а расходы покрываются из гранта, предусмотренного Законом о финансировании студентов. Студенты, начавшие обучение до 1997 г., которые имели право на финансовую помощь (и по-прежнему его имеют), сохраняют право на страхование в качестве иждивенцев до конца обучения.

1 января 1998 г. вступил в силу Закон о реструктуризации системы ФМС. Его цель — устранить ряд общепризнанных несправедливостей, вызванных принятием Закона Ван Оттерлоо. Принятые меры направлены в первую очередь на то, чтобы улучшить положение людей старше 65. С января 2000 г. самостоятельно работающие лица с доходом ниже определенного уровня также в обязательном порядке подлежат страхованию в системе ФМС.

Медицинское страхование — Закон о чрезвычайных медицинских расходах

Закон о чрезвычайных медицинских расходах (Закон о ЧМР; *Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten, AWBZ*) вступил в силу 14 декабря 1967 г., с поэтапным введением с 1 января 1968 г. После появления в 1962 г. законопроекта о медицинском страховании (будущего Закона о ФМС), тогдашний министр здравоохранения предложил также идею страхования, охватывающего все население, на случай серьезных медицинских рисков. Сюда входили расходы при тяжелом заболевании или долговременной нетрудоспособности — особенно при психических заболеваниях, требующих продолжительного лечения и ухода, и врожденных физических или умственных недостатках — расходы, которые практически никому не под силу без помощи государства или чьей-либо еще.

В 1966 г., после консультаций с Советом фондов медицинского страхования (*Commissie toezicht uitvoeringsorganisatie, СТУ*; с 2000 г. Комиссия по медицинскому страхованию (*College voor zorgverzekeringen, CVZ*)) и другими органами, в парламент был представлен законопроект, по которому все жители страны в обязательном порядке страховались на случай расходов, связанных с серьезными медицинскими проблемами. Хотя риск их возникновения может быть невелик, но если это случится, затраты не под силу почти никому; это соображение позднее привело к появлению выражения «чрезвычайные медицинские расходы».

Сфера действия закона довольно обширна: вначале он служил в основном для финансирования длительного или дорогого лечения в различных типах медицинских учреждений, но с годами его положения охватывали все новые виды медицинских услуг, многие из них не являются ни длительными, ни дорогими. Неоднократно возникали планы постепенно превратить систему ЧМР во всеобщую систему медицинского страхования, охватываю-

щую большинство медицинских и социальных услуг. Тогда ею было бы поглощено, частично или полностью, все многообразие существующих страховых схем.

В 1980 г. психиатрическая помощь, а также протезы и вспомогательные устройства были исключены из пакета услуг ФМС и переведены в систему ЧМР. В начале 1990 г. в систему ЧМР перешли фармацевтические услуги, генодиагностика, реабилитация и лечение в аудиологическом центре. Расширение системы ЧМР имело целью создать некую форму базового страхования. Предполагалось достичь системы, где каждый был бы застрахован по одной и той же основной схеме, охватывающей около 85% расходов на медицинскую помощь.

Когда в 1994 г. к власти пришло правительство Кока, идея единой страховой системы была отвергнута, поскольку предыдущие предложения правительства ничего не достигли вследствие разногласий в общественно-политических взглядах на данный вопрос. Было решено по-прежнему делить страховую систему на три части, опираясь в основном на уже существующие схемы. Как подробно изложено в разделе «Реформы здравоохранения», вопрос о том, делать ли медицинское обслуживание единым и как именно, остается крайне сложным.

Так называемый первый раздел системы страхования включает медицинское обслуживание, которое финансируется через систему ЧМР (второй — это система ФМС и частное страхование, а третий — добровольное дополнительное страхование); это прежде всего длительное лечение и услуги, которые граждане не в состоянии оплатить сами — иными словами, как и предполагала первоначальная идея Закона о ЧМР. Слой населения, для которого предназначены эти услуги, за последние несколько лет сильно расширился и стал разнороднее; сейчас сюда входят пожилые, инвалиды и люди с хроническими психическими заболеваниями. Закон о ЧМР, однако, должен быть составлен так, чтобы он эффективнее справлялся с изменениями в спросе. Цель государства в данном случае — создать систему, которая по-прежнему будет гарантировать, что медицинская помощь доступна и по карману каждому.

Другие страховые схемы

Государственные служащие традиционно исключены из схем социального страхования наемных работников на основании особого статуса их службы. Согласно определению Закона о ФМС, государственные служащие не являются наемными работниками и поэтому не охватываются данной системой.

Положения Законов о правительственных служащих (*Ambttenarenwet*) от 1929 г. и о полиции (*Politiewet*) оговаривают права государственных служащих и работников национальной и муниципальной полиции на случай болезни. Среди них не только продолжение выплаты центральным правительством жалованья, но и сохраняющееся право на медицинское обслуживание. Сходные положения, основанные на Законе о правительственных служащих, касаются провинциальных и муниципальных чиновников.

После Второй мировой войны неоднократно высказывались предложения включить государственных служащих в систему ФМС. Профсоюзы государственных служащих всех уровней, наоборот, склонялись к страховой схеме, общей для всех работников государственных учреждений. Однако в 1968 г. Первая палата значительным большинством голосов отклонила законопроект о введении такой схемы.

В 1951 г. у правительства было на выбор четыре варианта:

1. Специальные выплаты, покрывающие стоимость медицинского страхования.
2. Возмещение некоторых медицинских расходов.
3. Возмещение чрезвычайных расходов, превышающих 5% дохода лица.
4. Распространение на всех государственных служащих действовавшего в то время Постановления о фондах медицинского страхования.

Тогда правительство выбрало временную схему — регулярные выплаты, покрывающие стоимость частного медицинского страхования (или, если доход государственных служащих ниже уровня, установленного законом, добровольное страхование в ФМС). Эта схема, получившая название Временной системы оплаты медицинских расходов, охватывала государственных служащих и учителей.

В 1955 г. добавочную систему специальных выплат заменила 5%-ная схема, по которой возмещались все обоснованные расходы на медицинское обслуживание государственных служащих и их семей, понесенные нанимателем, которые превышали 5% их жалованья. Позднее ее распространили на бывших служащих, пенсионеров по инвалидности или старости; сходную систему ввели для военных. 1 января 1981 г. 5%-ную схему заменила Система оплаты медицинских расходов государственных служащих (*Regeling Ziektekostenvoorziening Overheidspersoneel, ZVO*), которой заведует отдельное агентство. Процент страховых отчислений в ней равен отчислениям наемных работников по системе ФМС. Оплачиваются затраты на медицинскую помощь, сходную с той, которая положена в системе ФМС.

В этих схемах, которые (с конца 1950 гг.) разрабатывались на основе докладов, выпущенных Лимбургским отделением Ассоциации голландских муниципалитетов (*Vereniging van Nederlandse Gemeenten, VNG*), профсоюзами государственных служащих, национальным форумом местных органов власти по кадровым вопросам и Ассоциацией органов власти провинций, за образец взята была система медицинского обслуживания работников полиции, существовавшая с 1930 гг.; в 1949 г. она была королевским указом преобразована в Медицинскую службу полиции (*Dienst Geneeskundige Verzorging Politie, DGVP*).

Муниципальные служащие и служащие аппарата провинции Лимбург охвачены Схемой института медицинского страхования государственных служащих (*Ziektekostenregeling ambtenaren, IZA*); она образовалась 1 апреля 1993 г. в результате объединения десяти подобных схем (каждая охватывала муниципалитеты в одной или более провинциях). Служащие прочих провинций входят в систему медицинского страхования в органах власти провинций (*Interprovinciale Ziektekostenregeling, IZR*).

Структура и управление

Структура системы здравоохранения

В Нидерландах одновременно существуют три страховые системы: первая — это страхование чрезвычайных медицинских расходов, охватывающее все население; вторая объединяет разные типы страхования — обязательное страхование в ФМС для тех, чей доход ниже определенного уровня, и частное страхование (как правило, добровольное); третья — добровольное дополнительное страхование. Руководят всеми этими системами и контролируют их деятельность разные министерства; отношения с застрахованными, с одной стороны, и с поставщиками медицинских услуг, с другой, у них до известной степени отличаются. Эти три системы характеризуют структуру голландского здравоохранения (рис. 2).

Правительство

Согласно переработанной Конституции 1848 г., правительством является монарх с министрами. Конституция не определяет задачи монарха внутри правительства, но неявным образом подразумевает, что права его таковы: право на совещание с ним, право на одобрение и право давать совет. Министры образуют кабинет — один из основных исполнительных органов стра-

Рисунок 2. Система медицинского страхования (2004 г.)

Дополнительное медицинское страхование (добровольное) Третья система	
Фонды медицинского страхования (обязательно при доходах ниже определенного уровня)	Частное медицинское страхование (главным образом добровольное)
Вторая система	
Всеобщее страхование чрезвычайных медицинских расходов (обязательное для всего населения) Первая система	

ны, который определяет общую политику и поддерживает ее единство. Кабинет министров сам определяет, что именно относится к «общей политике». Министр кабинета обычно возглавляет министерство. Министерства — отдельные административные органы, отвечающие за определенные направления общей политики. В своей деятельности они подотчетны парламенту. Задача премьер-министра, возглавляющего кабинет — координировать деятельность правительства. Его положение — *primus inter pares* (первый среди равных), и потому он лишен права что-либо менять в составе кабинета (5).

Министерство здравоохранения, социального обеспечения и спорта

Задачи Министерства здравоохранения, социального обеспечения и спорта (Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, VWS) — обеспечить благосостояние населения Нидерландов и помочь ему сохранять крепкое здоровье. Одна из основных его целей — гарантировать доступ к высококачественному медицинскому обслуживанию. Для этого созданы системы социального медицинского страхования: система ЧМР и система ФМС. На рис. 3 показана структура министерства здравоохранения вместе с подчиненными ему институтами и другими организациями, на которые возложены многие из его задач.

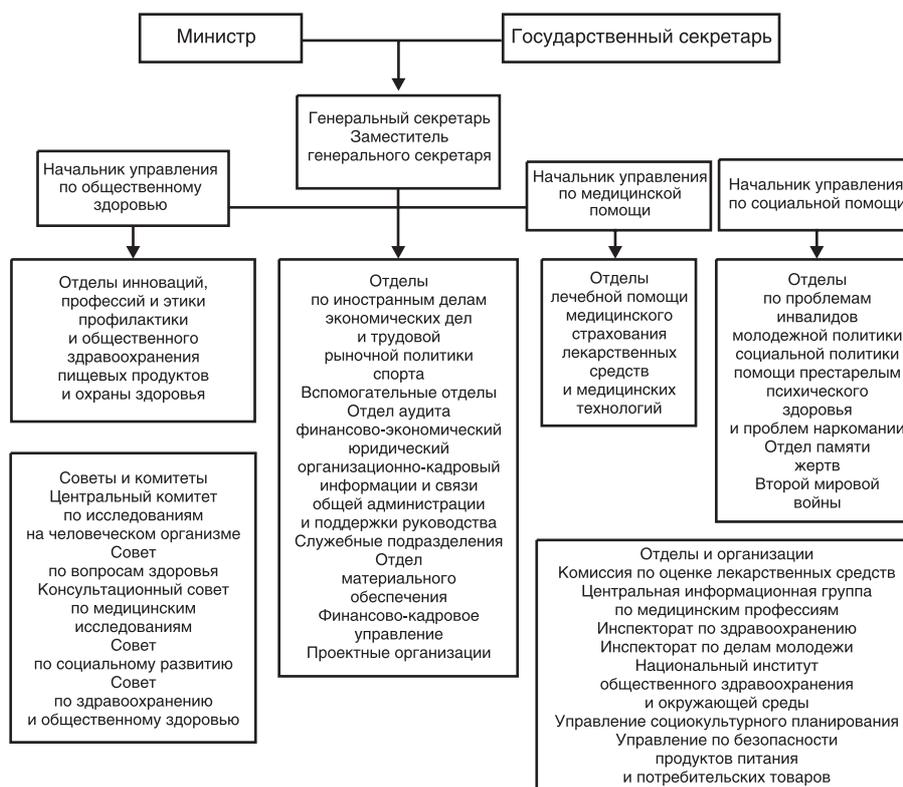
Министерство здравоохранения и местные власти сообща ведают общественным здравоохранением; кроме этого, у них есть дополнительные самостоятельные задачи. Вместе с Министерством внутренних дел и дел королевства (Ministerie van Binnenlandse Zaken en Koninkrijksrelaties, BZK) Министерство здравоохранения отвечает также за безопасность населения в целом, включая применение Закона о медицинской помощи (при несчастных случаях и катастрофах) (Wet Geneeskundige Hulpverlening bij Ongevallen en Rampen, WGHOR). При Министерстве здравоохранения существует Национальный институт общественного здравоохранения и окружающей среды (Rijksinstituut voor de Volksgezondheid en Milieuhygiëne, RIVM), основной научный центр по общественному здравоохранению. Министерство внутренних дел устанавливает нормы государственного управления, а также занимается политикой развития городов и интеграции национальных меньшинств. Кроме этого, оно координирует обеспечение безопасности и защиты населения в целом.

За здоровьем и благосостоянием населения следят три инспектората: Управление по безопасности продуктов питания и потребительских товаров (Voedsel- en Waren Autoriteit, VWA); Инспекторат по здравоохранению (Inspectie voor Gezondheidszorg, IGZ); Инспекторат по делам молодежи (Inspectie Jeugdzorg, IJZ). В области здравоохранения наиболее важен Инспекторат по здравоохранению.

Министерство социальных дел

Основные задачи Министерства социальных дел и занятости (Ministerie van Sociale Zaken en Werkgelegenheid, SZW) — поддержка занятости, укрепление

Рисунок 3. Структура Министерства здравоохранения, социального обеспечения и спорта



Источник: Министерство здравоохранения, социального обеспечения и спорта за 2004 г.
<http://www.minvws.nl/organisatie/organogram>, последнее обращение 1 сентября 2003 (6).

современных трудовых отношений и активная политика социальной защиты. Для этого Министерство социальных дел сотрудничает с другими министерствами, в том числе с Министерством здравоохранения. Однако за некоторые связанные со здоровьем виды социального страхования: пособия по болезни и инвалидности отвечает именно оно. Эти пособия не входят в медицинское страхование, но являются частью страхования наемных работников, которое финансируется из отчислений работников и их нанимателей. Положения Закона о пособиях по болезни (*Ziektewet, ZW*) и Закона о пособиях по инвалидности (*Wet op de arbeidsongeschiktheidsverzekering, WAO*) проводятся в жизнь агентствами социального обеспечения под руководством Национального института социального обеспечения (*Landelijk Instituut Sociale Verzekeringen, Lisv*).

Министерство финансов

Вместе с Министерством здравоохранения Министерство финансов следит за изменениями в стандартной страховой схеме (стандартный полис) — особенно за размером взносов. Этот полис предлагают частные страховые компании. Его юридическая основа — Закон о доступе к медицинскому страхованию от 1998 г. (WTZ 1998).

Финансирующие организации и органы надзора

По данным за 2004 г., в Нидерландах 22 фонда медицинского страхования (*ziekenfondsen*). До недавнего времени они объединялись в Ассоциацию фондов медицинского страхования (*Vereniging van Nederlandse Ziekenfondsen, VNZ*). В 1995 г. она была слита с Ассоциацией частных страховых компаний (*Kontaktorgaan Landelijke Organisatie van Ziektekostenverzekeraars, KLOZ*) в один орган — Медицинские страховые организации Нидерландов (*Zorgverzekeraars Nederland, ZN*). Членство в нем добровольное. Фонды ФМС, однако, контролирует Совет фондов медицинского страхования (*Ziekenfondsraad, ZFR*). С января 2000 г. он носит новое название: Комиссия по медицинскому страхованию (*College voor zorgverzekeringen, CVZ*).

Комиссия по медицинскому страхованию (CVZ). С апреля 2001 г. состоит из девяти независимых членов, назначаемых министром здравоохранения. Ранее в нее входили представители основных групп, имеющих отношение к системе здравоохранения: медицинских учреждений, профсоюзов, страховых организаций, врачей, групп потребителей и правительства. Основные задачи Комиссии — руководство системой ЧМР и системой ФМС, финансирование исполнительных органов (т.е. фондов медицинского страхования) и распоряжение средствами, отчисляемыми согласно Законам о ФМС и ЧМР. Кроме того, у Комиссии есть ряд дополнительных задач. Одна из них — извещать министра здравоохранения обо всем, что касается одной или другой страховой системы. Если речь идет о политических предложениях или предполагаемых изменениях в государственном регулировании, учитываются лишь те аспекты, которые касаются применения законов о медицинском страховании. Комиссия имеет право выпускать для страховых организаций инструкции по административным процедурам, регистрации застрахованных лиц, сбору статистических данных, ежегодным отчетам и условиям работы персонала. Она управляет также денежными фондами ФМС и ЧМР; туда отчисляются средства, из которых согласно соответствующим законам оплачиваются медицинские услуги (через ФМС или частные страховые компании) и финансируются исследования и публикации по вопросам здравоохранения. Комиссия подотчетна министру здравоохранения и ежегодно докладывает ему о своей работе. Апелляции на ее решения можно подать в отдел административной юрисдикции Государственного совета (*Raad van State*) — органа, который, среди прочего, обладает определенными административно-правовыми полномочиями.

Наблюдательный совет по медицинскому страхованию (College van toezicht op de zorgverzekeringen, CTZ). Наблюдение за исполнением законов о ЧМР

и о ФМС первоначально было возложено на комитет при бывшем Совете ФМС. С апреля 2001 г. он преобразован в независимую организацию, Наблюдательный совет по медицинскому страхованию. Он следит как за отдельными исполнительными органами, так и за исполнением законов об ЧМР и ФМС в целом. Совет состоит из пяти независимых членов, которые не являются членами Комиссии по медицинскому страхованию.

Среди частных страховых организацией есть коммерческие и некоммерческие страховые компании, а также частные страховые организации, связанные с фондами медицинского страхования.

В медицинском страховании заметна тенденция к концентрации и сотрудничеству. С 1985 по 1993 гг. число ФМС в результате слияния друг с другом упало вдвое, с 53 до 26. Цель таких слияний — укрепить положение каждого нового фонда на рынке, сделать более профессиональным управление и маркетинг, сэкономить на управленческих расходах и объединить риски (закон больших чисел). Слияния происходят и среди частных страховых компаний, а также между частными компаниями и ФМС. В последнем случае образуется холдинг; за деятельностью страховой программы ФМС и частной страховой компании следят отдельные органы. Наконец, возникают стратегические союзы между ФМС и частными компаниями. Их цель — использовать опыт частных компаний в рыночной конкуренции и найти привлекательных партнеров для расширения набора предоставляемых услуг. Частные компании видят в таких союзах возможность расширить рынок для своих страховых продуктов.

Процесс концентрации неотделим от продолжающегося процесса интеграции медицинского страхования в гораздо более широкий набор страховых услуг (например, страхование поездок, жизни и ущерба). Сейчас считают, что для того, чтобы компания была конкурентоспособной на медицинском страховом рынке, необходим комплексный набор страховых продуктов, выходящий за рамки традиционного (социального) медицинского страхования. Кроме того, сейчас это непременное условие для заключения успешного контракта с предпринимателями.

Несмотря на общую тенденцию медицинского страхования к концентрации, заметно и обратное движение. Между 1994 и 1997 гг. частными страховыми компаниями основаны новые фонды медицинского страхования (предлагавшие нанимателям комплексный набор страховых продуктов), вследствие чего число ФМС выросло в 1997 г. до 30. К 2003 г. оно благодаря нескольким слияниям вновь упало, и с 1 января 2003 г. фондов только 22.

Консультативные и административные органы

Важная черта голландской системы здравоохранения — процесс выработки решений. Политика здравоохранения, прошедшая долгую школу поиска общих взглядов и политических дебатов, формируется ныне при взаимодействии государства с различными организованными группами. После Второй мировой войны в здравоохранении появились многочисленные консультативные и административные органы. Однако с начала 1990 гг. Мини-

стерство здравоохранения начало процесс структурной перестройки; она должна сократить число организаций, занятых разработкой политики здравоохранения, и повысить их прозрачность. Главные среди этих организаций:

Совет по вопросам здоровья (Gezondheidsraad, GR). Этот государственный орган консультирует правительство по научным вопросам, имеющим отношение к медицине, здравоохранению, общественному здоровью и охране окружающей среды. Для этого Совет по запросу от правительства собирает экспертные группы по определенным вопросам; он также может начинать исследования сам. У Совета обширны интересы, охватывающие большинство областей естественных наук и медицинских исследований, а также вопросы, касающиеся окружающей среды и (в последнее время) питания. В нем примерно 160 независимых, официально назначенных членов, и небольшой исполнительный секретариат. Из членов Совета (вместе с привлеченными сторонними экспертами) формируются временные комитеты; всегда есть 40—50 таких комитетов, каждый в среднем из 10 человек. Таким образом, Совет может привлечь многочисленных экспертов из голландского и зарубежного научного сообщества, представляющих многие медицинские специальности и научные дисциплины.

Комитеты Совета обычно оценивают эффективность, рентабельность, безопасность и доступность медицинских технологий. Его полномочия изложены в новом Законе о специальных медицинских процедурах (*Wet op bijzondere medische verrichtingen, WBMV*; ранее — статья 18 Закона об обеспечении стационарной помощью), известном также как Закон об особых медицинских процедурах. Некоторые комитеты изучают также эпидемиологические и экономические аспекты здравоохранения и — в определенных случаях — этические, юридические и социальные вопросы. Основной метод исследования — обобщение доступных литературных данных и критическая экспертная оценка полученных выводов. Совет углубляет также свою деятельность по своевременной профилактике.

Совет по здравоохранению и общественному здоровью (Raad voor de Volksgezondheid en Zorg, RVZ; до 1995 г. Национальный совет по общественному здоровью, Nationale Raad voor de Volksgezondheid, NRV). Это независимый правительственный консультативный орган, формируемый министром здравоохранения. В Совете девять членов, включая председателя, которых утверждает королева. Их квалификация и опыт различны, но все они хорошо знают систему здравоохранения и служат общим интересам, независимо от того, к каким организациям принадлежат. Совет дает консультации по вопросам политики здравоохранения и социального обеспечения; сейчас основное внимание уделяется выработке слаженной политики, касающейся качества медицинского обслуживания. В частности, Совет предоставляет консультации по первичной медицинской помощи, помощи престарелым и людям с психологическими проблемами, финансовым вопросам, медицинской этике, правам больных, сотрудничеству между различными организациями, информационным технологиям в здравоохранении и кадровым вопросам. Для этого на пятилетний срок образована рабочая группа — Коми-

тет для разработки политики по улучшению качества медицинской помощи.

Совет дает также общие консультации по основным государственным вопросам и политическим решениям. Если правительство заблаговременно (до принятия решения) обращается за консультацией, Совет взвешивает плюсы и минусы различных решений и излагает их краткосрочные и долгосрочные последствия. Большинство запросов поступает от министра здравоохранения, но также и от других министров и от членов обеих палат парламента. Таким образом, в основном Совет дает консультации по запросу. Иногда он действует по собственной инициативе, без запроса. Работе Совета помогает секретариат, расположенный в Зутермеере.

Комиссия по тарифам на медицинские услуги (также Управление по тарифам на медицинские услуги; *College Tarieven Gezondheidszorg*, CTG; ранее Центральный совет по расценкам на медицинские услуги, *Centraal Orgaan Tarieven Gezondheidszorg*, COTG). Независимый правительственный орган, ведающий исполнением Закона о тарифах на медицинские услуги (*Wet Tarieven Gezondheidszorg*, WTG), известного также как Закон о расценках на медицинские услуги. В комиссии девять независимых членов, включая председателя; все они назначаются министром здравоохранения. Среди наиболее важных задач комиссии: разработка нормативов для переговоров по установлению расценок; одобрение либо установление тарифов (всех или только максимальных) в системе здравоохранения; проверка их по требованию Министерства здравоохранения либо по собственной инициативе; выявление новшеств в здравоохранении, которые имеют отношение к Закону о тарифах на медицинские услуги.

Комиссия проводит обсуждения с заинтересованными сторонами, пользуясь системой так называемых палат. Они консультируют комиссию по вопросам разработки нормативов: палаты I, II и III — для различных организаций, а палаты IV и V в основном для независимых работников здравоохранения. Помимо страховых организаций, в палатах представлены важнейшие объединения медицинских организаций и независимых работников здравоохранения.

На эти нормативы опирается вся политика в области медицинских тарифов в Нидерландах. После разработки комиссией их одобряет министр здравоохранения, на их основе составляются бюджеты, а затем устанавливаются тарифы.

Комиссия по оценке лекарственных средств (*College ter Beoordeling van Geneesmiddelen*, CBG/MEB). В Нидерландах существует жесткая система оценки и регулирования лекарственных средств, включая биологические препараты и вакцины. Комиссия по оценке лекарственных средств регистрирует их, основываясь на критериях безопасности и эффективности (но без учета рентабельности или потребности общества в них). Регистрации подлежат все фармацевтические продукты; как правило, для новых продуктов комиссия запрашивает данные по безопасности и эффективности из результатов клинических испытаний. Комиссия самостоятельно принимает решения о выдаче рыночных лицензий, отказе в них или их отзыве.

При комиссии существует специальное агентство под надзором Министерства здравоохранения, которое подготавливает ее решения и проводит в жизнь.

Эту процедуру регистрации сейчас частично замещает законодательство ЕС. С 1978 г. новые лекарственные средства, уже получившие одобрение в другой стране, могут импортироваться согласно упрощенной процедуре (параллельный импорт). Недавно в Лондоне основан общеевропейский орган по фармацевтическому регулированию: Европейское агентство по оценке продуктов медицинского назначения.

Ранее одобрение лекарственного продукта Комиссией по оценке лекарственных средств почти автоматически вело к возмещению страховыми компаниями затрат на него. Однако теперь это уже не так: все чаще оценивается рентабельность лекарственных средств (см. раздел «Лекарственные средства»).

Совет Нидерландов по больницам (College Bouw Ziekenhuis-voorzieningen, NBHF). Создан в результате некоторых радикальных перемен, произошедших в 1999 г. в законодательстве здравоохранения и его консультативной структуре. Обязанности Совета изложены в Законе об обеспечении стационарной помощью; основная его задача — консультировать министра здравоохранения и власти провинций относительно планирования деятельности больниц. Кроме того, он участвует в рассмотрении запросов отдельных больниц на лицензии. Одна из важнейших обязанностей Совета — следить за изменениями инфраструктуры в сфере здравоохранения.

Национальный институт общественного здравоохранения и окружающей среды (Rijksinstituut voor de Volksgezondheid en Milieuhygiëne, RIVM). Эта независимая организация — один из основных консультативных органов для нескольких голландских министерств. Два из них институт консультирует по вопросам, связанным с охраной окружающей среды, а также проводит в жизнь политику Министерства здравоохранения в нескольких важнейших областях общественного здравоохранения. Во-первых, институт возглавляет наблюдение и контроль за инфекционными заболеваниями, в том числе следит за качеством национальных программ по вакцинации. Во-вторых, занимается разными вопросами, связанными с риском для здоровья — к примеру, комплексной оценкой качества пищевых продуктов и безопасности потребителя. Он играет важнейшую роль в процессе допуска на голландский рынок новых лекарственных средств. И наконец, отдел общественного здравоохранения института раз в четыре года публикует отчет о здоровье нации: «Состояние здоровья населения и прогноз на будущее».

Инспекторат по здравоохранению (IGZ). Следит за качеством и доступностью медицинских услуг; он не зависит от Министерства здравоохранения, социального обеспечения и спорта. Среди прочего, он внедряет законодательные нормы в области общественного здравоохранения; разбирает жалобы и расследует несчастные случаи в сфере здравоохранения, в случае необходимости принимая соответствующие меры и консультирует Министерство здравоохранения. В инспекторате три отдела: один занимается профилактической и лечебной помощью, другой — психиатрической, а третий —

лекарственными средствами и медицинскими технологиями. Инспекторат состоит из центрального управления и семи региональных отделений. Инспектор имеет право в любое время подать на врача жалобу в Медицинскую дисциплинарную комиссию.

Некоторые частные организации

Голландская королевская медицинская ассоциация (Koninklijke Nederlandsche Maatschappij ter bevordering van de Geneeskunst, KNMG). Эта частная организация, основанная в 1849 г., представляет голландских врачей. Ее цель — «поддерживать медицину в самом широком смысле этого слова». В Ассоциации четыре основных профессиональных группы: Голландская ассоциация врачей-специалистов (Orde van Medisch Specialisten, OMS), Голландская национальная ассоциация врачей общей практики (Landelijke Huisartsen Vereniging, LHV), Национальное объединение штатных медицинских работников (Landelijke vereniging van Artsen in Dienstverband, LAD) и Голландское общество социальной медицины (Landelijke vereniging van Sociaal Geneeskundigen, LvSG). Задачи каждой из этих организаций — защита интересов определенной группы врачей.

Голландская федерация больных и потребителей (Nederlandse Patiënten/Consumenten Federatie, NP/CF). Основана в 1992 г. и объединяет свыше 45 организаций больных и союзов потребителей; занимается распространением среди населения информации по вопросам, связанным со здоровьем. У Федерации есть также телефонная информационная служба, библиотека и информационный центр. Она выпускает собственный ежеквартальный журнал, освещающий важные вопросы здравоохранения с точки зрения потребителя. Кроме того, сегодня в ряде ведущих газет страны есть постоянные разделы по медицинским исследованиям и вопросам здравоохранения; особое внимание уделяется широкой информированности и ответственности прессы.

Влияние потребителей в здравоохранении растет по мере того, как растет их представленность в центральных консультативных органах. У Голландской федерации больных и потребителей есть свои представители в Комиссии по медицинскому страхованию и Совете по здравоохранению и общественному здоровью.

Голландский институт совершенствования медицинского обслуживания (Centraal begeleidingsorgaan voor intercollegiale toetsing, CBO). Основан в 1979 г. как независимая организация Голландской ассоциацией врачей-специалистов и Голландской ассоциацией главных врачей больниц (Nederlandse Vereniging van Ziekenhuisdirecteuren, NVZD); занимается обеспечением качества обслуживания. У института четыре основные группы клиентов: врачи-специалисты, медицинские сестры, другие медицинские работники и медицинские учреждения. Программы и разработки института помогают им улучшать обслуживание больных. Деятельность института включает разработку нормативов и показателей, систем инспекции, общенационального реестра показателей качества, схем повышения качества, модернизации

деятельности, комплексного управления качеством, внедрение современных знаний и наилучших способов лечения, образовательные и обучающие программы, консультации для учреждений здравоохранения и общенациональных профессиональных объединений. Институт считается одной из лучших экспертных организаций Европы в области качества медицинского обслуживания.

Судебная система

В Нидерландах независимая судебная система. Судьи посредством Королевского указа назначаются правительством пожизненно. Идея о разделении властей четче всего выражена в управлении правосудием. В принципе, конституция наделяет судебными полномочиями только независимую судебную власть: туда входит обычная судебная система (гражданское и уголовное право) и ряд особых административных судов. Исключение из этого принципа — делегирование правительственным органам определенных форм согласительного разбирательства (статья 112, параграф 2). Согласно статье 120 конституции, суды не могут выносить решения о степени соответствия парламентских законов (*wetten*) и соглашений конституции. Толкование конституции находится в компетенции законодательной власти. На самом деле роль конституции в разработке конституционных законов в Нидерландах невелика. Этим объясняется отсутствие конституционной судебной практики, за исключением проверки других уложений и подзаконных актов.

Статья 107 конституции четко разграничивает гражданское и уголовное право, с одной стороны, и административное законодательство — с другой. Согласно конституции, споры, которые не касаются отношений, отнесенных к гражданскому праву, может разбирать любая из судебных систем, но — и это важно — тип дела, который подпадает под ту или другую систему, определяют парламентские законы.

Право гражданских судов разбирать вопросы, связанные со здравоохранением, опирается в Нидерландах на общие положения статьи 112, параграфа 1 конституции, где сказано: «Разрешение споров по гражданским правам и обязательствам осуществляет судебная система». Кроме того, по статье 112, параграф 2, административные суды в определенных случаях обеспечивают гражданам юридическую защиту. Положения об административных судах, имеющих дело с вопросами здравоохранения, содержатся в Законах о ФМС и ЧМР. И наконец, статья 115 конституции содержит положения об административных органах для подачи апелляции.

Планирование, нормирование и управление

Согласно разделу 81 конституции, право издавать парламентские законы принадлежит правительству и Генеральным штатам совместно. Инициатива может исходить от правительства или от одного или более членов Второй палаты (как в случае члена парламента Ван Оттерлоо).

Обычно одно из министерств вносит законопроект по распоряжению министра. Законопроект регистрируется, а его различные аспекты излагаются в пояснительной записке. Сначала он поступает для критического рассмотрения в кабинет министров; затем в Государственный совет. Вместе с рекомендациями Государственного совета законопроект отсылается во Вторую палату для парламентских дебатов, а после одобрения ею передается в Первую палату для дальнейшего обсуждения, чему, как и во Второй палате, предшествует письменная подготовка. Законопроект обсуждается в том виде, в каком поступил в Первую палату, поскольку она не имеет права вносить в него поправки. После окончательного одобрения обеими палатами законопроект посылается королю (королеве) для оценки и одобрения. Учитывая ответственность министерства, законопроект подписывает также соответствующий министр (или министры), что называется *contra-seign* (контрасигнация). Наконец, министр юстиции публикует закон в Официальном государственном вестнике («*Staatsblad*», Бюллетень законов и постановлений).

Общий контроль над планированием медицинских учреждений, ценами на медицинские услуги и общими расходами здравоохранения принадлежит правительству. В 1960—1970 гг. развитие медицинских технологий и медицинской помощи вело к постоянному росту расходов здравоохранения. Основную причину этого видели в строительстве новых больниц и других учреждений здравоохранения.

В Нидерландах существует также «законотворчество», осуществляемое иными органами помимо парламента, либо парламентом и правительством совместно. Не редкость делегированные постановления, выпущенные правительством или одним из министров. Правительственные постановления обычно называются постановлениями кабинета министров или нормативными инструкциями (*algemene maatregel van bestuur*); выпущенные министром — министерскими правилами (*ministeriële regelingen*). Правила деятельности (*beleidsregels*), называемые иногда псевдо-законодательством — отдельное явление. Они создаются административным органом как форма саморегулирования собственной деятельности. Следовательно, они могут быть делегированы, к примеру, Комиссии по тарифам на медицинские услуги, Инспекторату по здравоохранению и другим органам.

Планирование стационарной помощи

Закон об обеспечении стационарной помощью от 1971 г. стал важнейшим инструментом государственного планирования. Он позволяет правительству регулировать строительство больниц и других медицинских учреждений — за осуществлением этого плана следят органы управления здравоохранением в провинциях.

Закон стремится контролировать предоставление стационарной помощи в широком смысле этого слова. Другая его цель — повышать рентабельность больничного обслуживания. Больницы нельзя строить или реконструировать — ни полностью, ни частично — не уведомив об этом правительство и

не получив лицензию. Для каждого входящего в него вида больничных услуг в данной географической области составляется подробный план, на основе которого одобряется проект. Сюда входит описание существующего объема услуг, его предполагаемое изменение и сроки завершения проекта.

Планирование начинается с выпуска министром здравоохранения «инструкции» для властей провинций. Там оговариваются категории больниц, для которых следует разработать планы, охватываемая ими местность и срок выполнения задачи. Разрабатывая план, власти провинций учитывают ряд норм и рекомендаций; нормы касаются самого процесса планирования, а рекомендации — содержания плана. Согласно нормам, в процессе планирования должны участвовать больницы, организации больных и союзы потребителей, местные власти и страховые компании.

Сначала администрация провинции готовит проект плана, в котором отражено следующее:

- перечень имеющихся учреждений и услуг;
- оценка нехваток и недостатков;
- описание предложений по строительству, реконструкции и расширению;
- план действий и их график.

После этого проект поступает на рассмотрение к министру здравоохранения. После консультации с Комиссией по обеспечению стационарной помощью министр решает, одобрить ли данный план. Он является основой для так называемых подтверждений, которые позволяют значащимся в плане больницам получать от страховых организаций плату за обслуживание. Если какая-то больница не включена в одобренный план, она должна закрыться.

Планирование деятельности больниц согласно Закону об обеспечении стационарной помощью критиковали за его запутанность и негибкость. В январе 2000 г. для совершенствования процесса был введен в действие Закон о специальных медицинских процедурах. Он должен сделать планирование более гибким и эффективным; этот закон был оценен в 2001 г.

Аккредитация медицинских учреждений

Большинство организаций, предоставляющих медицинские услуги в системе ФМС, должны получить одобрение министра здравоохранения. Большинство больниц и других учреждений должны быть признаны Законом о ЧМР, чтобы предоставлять помощь и другие услуги, относящиеся к этой системе. Это признание обеспечивает министр здравоохранения после консультации с Комиссией по медицинскому страхованию. Помимо этого, должно быть установлено, что в услугах, которые предлагает данное учреждение, есть необходимость, и они уместны по географическим и временным показателям. Чтобы получить услуги, на которые они имеют право по закону о ЧМР, застрахованные должны обратиться к врачу или в медицинское учреждение по своему выбору, но из числа тех, с которыми заключила контракт страховая организация.

Обеспечение качества

В обращении к парламенту от 4 декабря 2002 г. министр здравоохранения заявил, что учреждения здравоохранения должны активно внедрять продуманную, структурированную систему поддержания качества медицинского обслуживания, с тем чтобы постоянно оценивать, контролировать и повышать его. Это согласуется с Законом о качестве медицинской помощи для учреждений здравоохранения от 1996 г.

Оценка этого закона в конце 2002 г. показала, что прогресс здесь невелик. Изменение государственной политики в этой области (переход от поддержки медицинских учреждений в создании своих систем управления качеством к руководству и контролю над этими процессами) исходит от министра здравоохранения. После оценки закона министр здравоохранения обнаружил конкретные меры, направленные на то, чтобы управление качеством стало обязательным.

В ноябре 2003 г. министр здравоохранения опубликовал перечень первоочередных мер (*Sneller Beter*), которые должны быть приняты в 2004 г.:

- Разработка норм первичной помощи для всех врачей общей практики и, в порядке эксперимента, десяти больниц.
- Введение показателей качества и безопасности медицинской помощи.
- Программа по качеству, нововведениям и рентабельности, с упором на безопасность больных и ориентацию на больного при медицинском обслуживании.

Руководить процессом будет Инспекторат по здравоохранению с помощью двух исследовательских институтов. Возможные наказания пока еще не определены.

Сертификация медицинских работников

Деятельность врачей и медицинских сестер регулируется государством. Сейчас вводится новая система повышения профессиональных стандартов и контроля качества медицинской помощи, изложенная в Законе об отдельных медицинских профессиях от 1993 г. (*Wet op de Beroepen in de Individuele Gezondheidszorg, BIG*; см. главу «Медицинские кадры»). Это будет означать сертификацию и регистрацию медицинских сестер и врачей, перечень видов медицинской деятельности, разрешенной только квалифицированным врачам, и реформу медицинского дисциплинарного законодательства. Число врачей регулируется двумя способами: (1) набор в основные медицинские учебные заведения ограничен квотой, установленной центральным правительством; (2) профессиональные организации специалистов регулируют доступ к специализированному образованию.

Контракты между ФМС и медицинскими учреждениями

Положения Закона о ФМС и Закона о ЧМР относятся к системам, где с производителями услуг расплачиваются страховщики (хотя Законом о ЧМР предусмотрена и схема денежного возмещения расходов больному). Согласно этим положениям, ФМС (или страховые компании, или медицинские

бюро в случае системы ЧМР) заключают контракты с поставщиками услуг. Они бывают двух типов: с учреждениями (например, больницами) и с отдельными медицинскими работниками (врачи общей практики и специалисты). ФМС обязаны заключать контракты со всеми имеющими аккредитацию учреждениями, но с 1 января 1992 г. уже не требуется в обязательном порядке заключать контракты с отдельными работниками.

Согласно Закону о ФМС, медицинским учреждениям и отдельным медицинским работникам платят напрямую без всякого финансового участия со стороны больного (исключая услуги, за которые предусмотрена частичная оплата больным). Согласно Закону о ЧМР, страховые организации (или выбранные ими медицинские бюро) заключают контракты с поставщиками медицинских услуг, по которым последние берут на себя обязательство предоставлять, а страховщики — оплачивать, медицинские и другие услуги здравоохранения по оговоренным ценам в оговоренные сроки. По закону страховым организациям запрещено самим нанимать персонал, который оказывал бы подобные услуги, иначе как в особых случаях и с одобрения Комиссии по медицинскому страхованию.

Перед заключением индивидуальных контрактов представители страховых и медицинских организаций должны провести консультацию на национальном уровне. В случае ее успеха составляется документ, так называемый итог консультаций, который затем должна одобрить Комиссия по медицинскому страхованию. Если стороны не могут прийти к соглашению, Комиссия составляет «типовой контракт». Согласно Законам о ФМС и о ЧМР, любой из этих документов должен содержать определенные пункты. Все другие соглашения — например, о ценах на услуги — являются частью индивидуальных контрактов с поставщиками медицинских услуг.

Тарифы, согласно соответствующему закону, должны быть одобрены Комиссией по тарифам на медицинские услуги. С 1 января 1992 г. независимые врачи и приравненные к ним организации, такие как товарищества врачей, подчиняются системе максимальных цен, в рамках которой возможно запрашивать цены ниже установленных или одобренных комиссией. Затем в ходе переговоров между уполномоченными организациями составляются контракты (исключая вопрос о тарифах). За основу берется итог консультаций или типовой контракт. Контракты должны быть одобрены Комиссией по медицинскому страхованию.

Надзор

Согласно Закону о ФМС, за тем, чтобы фонды медицинского страхования должным образом выполняли свои административные обязанности, следит Комиссия по медицинскому страхованию, в дополнение к консультациям правительства по вопросам медицинского страхования. Комиссии помогает назначенный ею секретариат во главе с генеральным секретарем.

Комиссия подчиняется министру здравоохранения, перед которым ежегодно отчитывается о своей работе. Министр может предписывать ей, как

именно выполнять свои обязанности; может также влиять на ее работу, поскольку обладает правом отменять ее решения.

Текущие расходы Комиссии оплачиваются из Центрального фонда (Centrale Kas), созданного в соответствии с Законом о ФМС (отличен от Фонда ЧМР, которым также управляет Комиссия). Частично они возмещаются из Фонда ФМС, а частично из Фонда ЧМР. Соотношение зависит от времени, которое Комиссия тратит на деятельность, касающуюся той или иной системы страхования. В 2000 г. на Фонд ФМС приходилось 63%, а на Фонд ЧМР — 37%. За должным исполнением этого следит министр здравоохранения. Средства Центрального фонда Комиссия хранит на текущем счету, открытом на имя министра финансов. Они идут не только на покрытие расходов ФМС, но также на исследования и публикации, связанные со здравоохранением, а частью образуют резервный фонд.

Наблюдательный совет по медицинскому страхованию следит за исполнением соответствующими агентствами Законов о ФМС и о ЧМР. Эти агентства периодически обязаны отчитываться перед ним.

Апелляции

В Законе о ФМС указано несколько способов оспорить решения, принятые одним из фондов. Однако следует различать жалобы, касающиеся лечения, споры о регистрации или размере страховых взносов и споры, касающиеся права на получение услуг (или возмещение их стоимости). Примерно таковы же виды споров в системе ЧМР. Следует различать споры, связанные с тем, как организации, исполняющие закон, относятся к застрахованным лицам (и подлежат ли эти лица страхованию по условиям данного закона), и споры о праве на услуги (или эквивалентную оплату согласно закону). И для Закона о ФМС, и для Закона о ЧМР важнее всего споры о праве на услуги.

Для конфликтов, касающихся права на услуги или на эквивалентную оплату, разработаны различные процедуры. Застрахованные должны подать в ФМС (или в соответствующий орган в случае системы ЧМР) официальную жалобу в письменном виде. Прежде чем рассмотреть ее, ФМС (или соответствующий орган системы ЧМР) должен проконсультироваться с Комиссией по медицинскому страхованию. Получив консультацию и послав истцу ее копию, ФМС выносит решение по жалобе. Если истец с ним не согласен, он может подать апелляцию в административный отдел районного суда. Дополнительное страхование — разновидность частного, и потому в этом случае застрахованные могут подавать жалобы в гражданский суд.

По Закону о доступе к медицинскому страхованию действующие в Нидерландах частные страховые компании предлагают стандартный страховой полис (некоторые от этой обязанности освобождены). Внедрением стандартной страховой схемы занимается специальный совет.

Надзором за частным страховым сектором ведает Агентство по надзору за пенсиями и страхованием (Pensioen- en Verzekeringskamer, PVK), основанное согласно Закону о надзоре за страхованием от 1993 г. (Wet Toezicht Verzekeringsbedrijf, WTV). Агентство следит лишь за тем, чтобы обеспечива-

лась платежеспособность страховых организаций, но не наблюдает за индивидуальными случаями применения стандартного полиса. Это обязанность министра здравоохранения, который следит за должным исполнением законов. Вместе с министрами экономики и финансов министр здравоохранения следит также за размером страховых взносов в стандартных полисах.

Споры, касающиеся применения стандартной страховой схемы, могут рассматривать гражданские суды. Все споры, касающиеся права на страхование по стандартному полису, могут быть представлены в Комитет по апелляциям закона о доступе к медицинскому страхованию. Чтобы комитет рассмотрел жалобу, нужно заплатить небольшую сумму. Если комитет сочтет жалобу обоснованной, деньги возвращаются. Решения Комитета обязательны к исполнению.

Децентрализация системы здравоохранения

В Нидерландах политику традиционно разрабатывает и внедряет обширная некорпоративная бюрократия, состоящая из государственных органов, полуофициальных организаций (консультативных и исполнительных), негосударственных общенациональных объединений поставщиков медицинских услуг и страховых организаций. Она контролирует величину кассового фонда и число мест для специалистов, а также их распределение; принимает решения об инвестициях в здравоохранение и расходах на управление.

В 1970 г. ведущим (и модельным) принципом в здравоохранении стала концепция централизованной государственной координации и планирования. Однако в 1974 г. программный документ «Организация здравоохранения» (*Structuurnota Gezondheidszorg*) (8) отошел от этой концепции; в нем содержались предложения по децентрализации управления и передаче его на региональный и местный уровень. В модели централизованной координации и планирования центральная руководящая роль отводилась правительству. Оно, путем разработки соответствующего законодательства, планировало деятельность учреждений здравоохранения и разрабатывало тарифы на медицинские услуги.

Отходя от этой модели, коалиционное правительство начало в 1986 г. крупные реформы — главным образом в области социального медицинского страхования. Широко и всесторонне обсуждалось объединение многочисленных страховых схем в единое всеобщее социальное страхование (с отчислениями, размер которых зависит в первую очередь от дохода); это обсуждение должно было укрепить финансовую солидарность. После реформы все страховые организации стали бы независимыми компаниями, несущими страховой риск, и конкурировали за клиентов, подчиняясь одним и тем же правилам. Финансировались бы все они из единого центрального фонда (*centrale kas*). Важнейший элемент этих широко обсуждавшихся, но так пока и не вышедших из стадии обсуждения реформ — смещение страховых рисков от государства в сторону индивидуальных страховых планов под девизом «меньше государства и больше рынка». Точнее, сдвиг рисков страхова-

ния означает переход управления из коллективного сектора в частный, к поставщикам услуг и страховым организациям. В Нидерландах такое делегирование называется «функциональной децентрализацией»; оно наблюдается главным образом в лечебной области — то есть в срочной помощи, специализированной медицине и общей практике. Система переговоров и контрактов способствует тому, что в формировании политики здравоохранения все более заметную роль играют страховые и медицинские организации, а не государство и административные органы. Об этом говорит новая роль врачей-специалистов в больницах; они приобрели независимую координирующую позицию по отношению как к больничному руководству, так и к страховым фондам. В этом сыграли роль переговоры на местном уровне и централизация переговорных полномочий врачей-специалистов. В то же время многие руководители больниц более практично относятся к договоренностям с медицинским персоналом, чем можно было бы ожидать от силовых деклараций их объединений (9).

Помимо сдвига в сторону частного предпринимательства, в голландском здравоохранении идет деволюция или «территориальная децентрализация» — иными словами, переход полномочий от центрального правительства к региональной и местной власти. Территориальная децентрализация идет на уровне учреждений. В ведущих учреждениях происходят изменения в финансировании (такие как использование субсидий на строительство и возмещение затрат из бюджета) и в планировании медицинской помощи. В планировании, к примеру, растет влияние региональных и местных властей и снижается влияние центральных органов. Это, среди прочего, выразилось в создании муниципальных комитетов по оценке потребностей (*gemeentelijke indicatiecommissies*, GIC). Необходимость нормирования медицинской помощи из-за немногочисленности учреждений привела к появлению независимых комитетов по оценке комплексных потребностей для все большего числа медицинских учреждений и заболеваний. Учитывая растущее число региональных органов по оценке, которые коллективно создаются местными властями, местная власть играет здесь основную роль.

Финансирование и затраты

Системы финансирования

Медицинская помощь в Нидерландах финансируется главным образом через систему государственного и частного страхования. Лишь 12% финансирования здравоохранения идет из других источников (см. раздел «Прочие источники финансирования»). Согласно нынешней классификации медицинских услуг, страхование разбито на три системы (рис. 4).

Первая — это расходы, связанные с длительным или дорогим лечением, которые не под силу отдельному человеку и не могут быть полностью покрыты частным страхованием. Такие расходы оплачиваются согласно Закону о чрезвычайных медицинских расходах (ЧМР). За немногими исключениями, все жители Нидерландов независимо от национальности и все иностранцы, работающие в Нидерландах и платящие там подоходный налог, охвачены этим законом.

Вторая система — обычная, необходимая медицинская помощь. В данном случае расходы большей частью покрываются страхованием в системе ФМС, частным медицинским страхованием (включая стандартный полис согласно Закону о доступе к медицинскому страхованию) или страховой схемой для государственных служащих. Страховых схем для покрытия обычных медицинских расходов много, важнейшая из них — система ФМС.

Рисунок 4. Охват населения системой медицинского страхования и расходы на нее (2003 г.)

Дополнительное медицинское страхование Третья система (3% расходов здравоохранения)	
Фонды медицинского страхования (63% населения)	Частное медицинское страхование (30% населения)
Вторая система (53% расходов здравоохранения)	
Всеобщее страхование чрезвычайных медицинских расходов (охватывает все население) Первая система (41% расходов здравоохранения)	

Те, у кого годовое жалование не превышает установленного потолка (в 2004 г. 32 600 евро), и все, кто получает пособия социального обеспечения, до возраста 65 лет охвачены этой системой.

С 1 января 1998 г. те, кому 65 лет и больше, и кто до 65 лет обслуживался системой ФМС, остаются в ней и потом. Их доход отныне не имеет значения. Это известно как принцип «оставайтесь на месте». То же самое, вообще говоря, применимо и к частному сектору. Все, кто оформил частный страховой полис до 65 лет, сохраняют его и потом. Только если облагаемый налогом доход семьи падает ниже 20 750 евро, человек может зарегистрироваться в фонде медицинского страхования («вступление в ФМС»).

На 2004 г. почти 63% голландцев входит в систему ФМС, на 1% больше, чем в 1998 г. Около 5% населения охвачено схемами медицинского страхования для различных категорий государственных служащих.

Те, кто не охвачен ни системой ФМС, ни страхованием для государственных служащих, могут обратиться в одну из многочисленных частных компаний, действующих в Нидерландах. Такая страховка медицинских расходов, относящихся ко второй системе, есть примерно у 30% населения, а у 17% из них (примерно 4% от всего населения) — стандартный полис, оговоренный Законом о доступе к медицинскому страхованию. При обсуждении частного страхования наш обзор сосредоточится в основном на этой группе населения.

Около 2% населения — военные, заключенные или люди без страховки.

Третья система — это расходы на дополнительные виды медицинского обслуживания, которые считаются не столь необходимыми. Расходы здесь в значительной степени покрываются частным медицинским страхованием. Для покрытия затрат на те виды обслуживания, которые не входят ни в первую, ни во вторую систему, можно приобрести дополнительную страховку. В системе добровольного медицинского страхования объем и содержание набора услуг и условия приобретения полиса определяют сами страховщики — как ФМС, так и частные компании. Они устанавливают также размер страховых взносов. Как пример можно привести дополнительное стоматологическое страхование и включение дополнительных пунктов в набор услуг: к примеру, очки, более удобное размещение в больнице, альтернативная медицина.

Страхование по Закону о чрезвычайных медицинских расходах

Страхование по Закону о чрезвычайных медицинских расходах (ЧМР) является обязательным — застрахован каждый, кто удовлетворяет изложенным в законе критериям (вне зависимости от того, нужны ли ему соответствующие услуги), и каждый обязан платить страховые взносы. В последнем случае есть одно исключение: люди, сознательно возражающие против самого принципа страхования, от уплаты взносов освобождены: вместо этого они платят дополнительный подоходный налог в том же размере. Они не исключаются из системы ЧМР и могут, когда им понадобится помощь, воспользо-

ваться ею, зарегистрировавшись в ФМС или другой официально признанной страховой организации.

Право на страхование

Закон о ЧМР — общенациональная страховая система, и потому охватывает как постоянно проживающих в Нидерландах, так и прочих жителей, а именно:

- 1. Постоянно проживающие в Нидерландах.** Считается ли данное лицо постоянно проживающим, зависит от конкретных обстоятельств (голландские суда и самолеты в данном случае рассматриваются как часть Нидерландов). Судебная практика постановила, что при определенных обстоятельствах даже люди, проживающие в данное время за границей, по Закону о ЧМР могут считаться жителями Нидерландов, если прочно связаны со страной социальными и экономическими связями. С другой стороны, иностранец, имеющий дом в Нидерландах, может по Закону о ЧМР не считаться постоянным жителем.
- 2. Не проживающие постоянно.** Они получают в Нидерландах жалование. В эту категорию входят в основном сезонные иностранные рабочие и приехавшие по приглашению нанимателей.
- 3. Не проживающие постоянно, застрахованные согласно постановлению от 1999 г., которое регулирует допуск к национальным системам страхования.** К примеру, это пенсионеры, живущие за границей, а также члены семей работающих и находящихся на пенсии членов национальных страховых фондов.

Как правило, система ЧМР охватывает всех живущих в Нидерландах независимо от национальности. Имеются исключения как в одну, так и в другую сторону — часть тех, кто не является постоянным жителем, охвачена системой ЧМР, а некоторые из постоянно проживающих — нет. Все это изложено в уже упомянутом постановлении от 1999 г. (10).

Страхование детей в системе ЧМР не зависит от того, застрахованы ли их родители (как в случае системы ФМС): каждый случай рассматривается индивидуально; кроме того, страхование зависит от места жительства ребенка. В отличие от других национальных страховых схем, в системе ЧМР нет никаких верхних или нижних возрастных пределов для страхования.

Регистрация и управление

Для обслуживания системой ЧМР надо зарегистрироваться в одном из ее исполнительных органов. Решено было, однако, не вводить систему индивидуальной регистрации (как в системе ФМС); вместо этого любой, на кого распространяется действие Закона о ЧМР, застрахованный где-либо на случай обычных медицинских рисков, считается зарегистрированным и в системе ЧМР. Те, кто не застрахован на случай обычных рисков, но охвачен системой ЧМР, может обратиться за положенной ему помощью в любой ФМС или другую официально признанную страховую организацию.

Те, кто не является постоянным жителем Нидерландов, для получения права на услуги должны зарегистрироваться в одном из исполнительных ор-

ганов системы ЧМР. Регистрация подчиняется тем же правилам, что и в случае постоянных жителей.

Регистрация производится на основании имеющейся у данного лица страховки и действительна в течение одного календарного года, если застрахованная сторона не пришлет письменного уведомления о нежелании ее возобновлять. Уведомление следует прислать за два месяца до перерегистрации. Поскольку страхование на случай обычных рисков и страхование в системе ЧМР осуществляет одна и та же страховая организация, прекращение регистрации, касающейся обычного страхования — по любой причине — влечет за собой и прекращение регистрации в системе ЧМР.

Лица, нуждающиеся в услугах системы ЧМР, имеют дело лишь со страховой организацией, которая решает, предоставлять ли услуги и как долго; поэтому в одном медицинском учреждении — особенно в случае региональных или национальных центров — больные могут быть застрахованы у многих страховщиков.

Для некоторых видов обслуживания, которые охватывает Закон о ЧМР, разработана система, позволяющая медицинским учреждениям и в финансовых, и в медицинских вопросах иметь дело лишь с одной страховой организацией. Для этого частью административной работы, связанной с применением закона и всеми платежами по нему, занимается Центральное административное управление (Centraal Administratie Kantoor, САК). Прочая административная деятельность частично или полностью возложена на медицинские бюро (zorgkantoren). Они есть в каждом из 32 регионов и действуют от лица всех исполнительных органов системы ЧМР; каждое бюро управляется на концессионной основе в течение пяти лет фондом медицинского страхования, который лидирует на рынке в данном регионе (нынешний срок 2002—2006 гг.). Бюро заключают контракты с домами престарелых и инвалидов, психиатрическими больницами и другими учреждениями, определяют размер страховых выплат и собирают их, решают вопросы о доступности тех или иных услуг в регионе. Каждое бюро собирает данные от страховых организаций и ведет учет госпитализаций во все учреждения своего региона для ежемесячных выплат и авансовых платежей. Платят медицинским учреждениям не сами бюро, а Центральное управление.

Финансирование

Расходы системы ЧМР покрываются страховыми взносами в виде процентных отчислений и государственными средствами. Согласно положениям Закона о финансировании национального страхования (Wet Financiering Volks verzekeringen, WFV), застрахованные обязаны платить взносы. Для тех, у кого нет заработка или жалования, но кто должен платить налоги и страховые взносы, производится расчет необходимой суммы платежей; в случае работающих часть страховых взносов удерживается из их заработка, а часть выплачивается налоговым органам нанимателями. Общественные страховые взносы, в том числе и в системе ЧМР, взимаются, как и подоходный налог, на основании облагаемого налогом дохода. В 2004 г. страхо-

вые отчисления составляли 10,25% от него. Люди, у которых облагаемого налогом дохода нет, страховой взнос не платят.

До введения Закона о ЧМР многие медицинские услуги, которые сейчас оплачиваются из этих средств, финансировались из бюджета — например, по Закону о всеобщей помощи (*Algemene Bijstandswet, ABW*) — так что новая система, основанная на страховании, значительно сэкономила государственные средства. Часть этой экономии решено было возвращать в Фонд ЧМР в качестве целевой субсидии. С годами ее размер неоднократно менялся, отчасти благодаря тому, что одни услуги добавлялись в систему ЧМР, а другие изымались оттуда. Страховые взносы системы ЧМР поступают в Фонд ЧМР. Следовательно, средства фонда складываются из страховых взносов, государственной субсидии и доплат потребителей. С 1992 по 1995 гг., подобно системе ФМС, существовал также фиксированный страховой взнос около 59 евро на человека в год.

Комиссия по медицинскому страхованию, которая заведует Фондом ЧМР, переводит средства на оплату лечения, других услуг и административных расходов исполнительным органам системы ЧМР. Ежегодно составляется общий бюджет административных расходов и распределяется по соответствующим органам согласно заранее разработанным нормативам. Подробности этих соглашений закреплены законодательно.

Страхование по Закону о фондах медицинского страхования

Страхование по Закону о фондах медицинского страхования (также Закон о медицинском страховании, *Ziekenfondswet, ZFW*) закреплено законом: каждый, кто удовлетворяет оговоренным в законе критериям (важнейший из них — доход данного лица не должен превышать установленный предел), автоматически застрахован и должен платить установленные взносы, намерен он пользоваться предлагаемыми услугами или нет. От обязательной уплаты взносов освобождены лишь те, кто принципиально возражает против этого. Вместо страховых взносов они платят дополнительный налог.

Право на страхование

Закон о ФМС охватывает тех же людей, что и Закон о пособиях по болезни, который касается денежных пособий по болезни и по беременности. В общем и целом, работающие по найму подлежат страхованию до возраста 65 лет, если их годовой доход ниже установленного потолка (в 2004 г. составлявшего 32 600 евро). Страхование распространяется также на тех, кто получает социальные пособия, опять же до возраста 65 лет. Заработки и пособия складываются, чтобы установить, не превышает ли доход данного лица оговоренный потолок, и определить суммарный размер страховых взносов (причем с той части годового дохода, которая превышает некоторую цифру — ниже порога, определяющего право на страхование — взносы не платятся). Те, чей годовой доход превышает предел доходов на этот год, исключаются из системы ФМС.

С 1 января 1998 г. введен ряд новых мер, касающихся людей старше 65 лет. Главные из них таковы:

- Каждый, застрахованный в системе ФМС, по достижении 65 лет по-прежнему имеет на это право (принцип «оставайтесь на месте»).
- Люди старше 65 лет, имеющие частную страховку, теперь по желанию могут зарегистрироваться в ФМС («вступление в ФМС»), если их годовой семейный доход, облагаемый налогом, не превышает 20 750 евро (на 2004 г.). Здесь доход понимается шире: он включает также проценты по сбережениям, дивиденды, ренту или другие имущественные доходы. Ранее люди с высоким доходом, так называемые миллионеры, могли зарегистрироваться в ФМС, поскольку расчет велся исключительно по доходу от бывшей работы. После расширения понятия «доход» это уже невозможно.

С января 2000 г. существуют отдельные положения для самостоятельно работающих. Если их доход не превышает 20 800 евро (на 2004 г.), они в обязательном порядке включаются в систему ФМС и платят страховые взносы в виде процентных отчислений. Отчисления составляют 8,0% (на 2004 г.): столько же платят работники и их наниматели. Кроме этого, самостоятельно работающие платят фиксированный страховой взнос, размер которого каждый ФМС устанавливает сам.

Страхование в системе ФМС не зависит от наличия голландского гражданства, но обычно требует проживания в Нидерландах. Однако это ограничение не распространяется на тех, кто живет в стране, где по законам Европейского экономического сообщества или двустороннему соглашению с Нидерландами имеет право на услуги системы ФМС. Считается ли данное лицо проживающим в Нидерландах, зависит от конкретных обстоятельств: имеет значение не то, где человек живет, а скорее, могут ли Нидерланды считаться его местом жительства благодаря социальным и экономическим связям с ними.

Есть ряд исключений из этих общих правил. Категории лиц, подпадающих под действие Закона о ФМС, перечислены в специальном постановлении. В другом постановлении перечислены некоторые группы населения, исключенные из этой системы.

При соблюдении некоторых условий страхование в системе ФМС распространяется на партнера по браку и детей застрахованного (включая пасынков и падчериц, приемных детей и детей партнера). Право на страхование могут иметь супруги, лица, состоящие в зарегистрированном гражданском браке, или любой, с кем застрахованный длительно проживает, за исключением кровных родственников первой степени (родителей). В качестве иждивенцев могут быть застрахованы лишь лица моложе 65 лет.

Чтобы получить право на страховку, супруг или другой партнер должен вести с застрахованным общее хозяйство — иными словами, они должны жить вместе. Как только партнеры разъезжаются, даже без формального развода или юридически оформленного раздельного жительства, право на страховку исчезает.

Страхование детей как иждивенцев обычно зависит от того, содержит ли

их «в основном» застрахованный. Это означает, что он должен тратить на содержание каждого ребенка не менее 29,69 евро в неделю (на 2004 г.). На детей, имеющих с 1 августа 1997 г. право на финансовую помощь по Закону о финансировании студентов, страхование в качестве иждивенцев не распространяется.

Чтобы партнер был застрахован как иждивенец, застрахованное лицо должно быть кормильцем — то есть, его доход, из которого рассчитываются страховые взносы, должен составлять как минимум половину общего дохода пары. Нельзя получить страховку в качестве иждивенца, если ты уже застрахован сам по себе, в системе ФМС или по одной из страховых схем для государственных служащих.

Регистрация

Несмотря на то, что страхование в системе ФМС закреплено законом, для получения услуг нужно зарегистрироваться в одном из фондов медицинского страхования. Это не означает заключения страхового контракта: страхование вытекает из самого законодательства — скорее административная процедура, нужная для активации положенных по закону прав и обязательств данного лица. С 1 января 1992 г., когда вошел в силу Закон о втором этапе изменений в системе медицинского страхования (*Wet stelselwijziging ziektekostenverzekering tweede fase*), фонды медицинского страхования больше не ограничены определенной территорией, а могут действовать по всей стране. Это означает, что люди могут выбирать между многими ФМС. Однако к 1997 г. лишь 8,7% застрахованных сменили свой прежний страховой фонд.

Некоторые группы населения, среди них моряки и часть живущих за пределами страны, должны регистрироваться в определенных фондах. В Фонде моряков (*Algemeen Ziekenfonds van Zeelieden, AZVZ*) в 2001 г. состояло примерно 4400 человек.

Пока есть право на страхование в системе ФМС, страховка оформляется на один календарный год. Затем она каждый раз продлевается еще на год. Однако застрахованная сторона может аннулировать свою регистрацию, если ФМС меняет размер фиксированного страхового взноса. Если застрахованное лицо желает перейти в другой ФМС, старый следует письменно уведомить об этом до окончания периода регистрации. ФМС имеет право требовать, чтобы такое уведомление поступило самое меньшее за два месяца.

После регистрации ФМС в подтверждение права на обслуживание выдает регистрационный сертификат. В тех случаях, когда фонд полагает, что статус данного лица требует дальнейшего разбирательства, может быть выдан временный сертификат.

Если обстоятельства изменились, так что данное лицо больше не имеет права на страхование, самостоятельно или в качестве иждивенца, следует уведомить об этом страховой фонд. В противном случае, когда это станет известно, фонд имеет право аннулировать регистрацию и потребовать компенсацию за период незаконной регистрации: за выплаты врачам общей практики (которым платят по списочному числу больных), за администра-

тивные расходы и за риски, понесенные фондом. В 2001 г. это составляло 95 евро с человека в месяц.

С другой стороны, если изменение обстоятельств требует от лица, имеющего частный страховой полис, зарегистрироваться в ФМС, частный полис аннулируется после уведомления частной компании о регистрации в ФМС. Там где частный страховой полис предоставляет больше услуг, чем ФМС, для дополнительных услуг — например, для более удобного размещения в больнице — можно по-прежнему использовать частное страхование. Те, кто уведомляет частную компанию о регистрации в ФМС, в результате чего их частный полис аннулируется, могут требовать возмещения выплаченных вперед страховых взносов, хотя до 25% из них может быть удержано на административные расходы. Если лицо, застрахованное в частной компании, обнаруживает, что обстоятельства требуют от него регистрации в ФМС на период менее трех месяцев, оно сохраняет право на возмещение медицинских расходов частной компанией. Суммы, выплаченные за данный период по частному полису, по требованию возмещает фонд медицинского страхования.

Финансирование

Средства, необходимые для деятельности ФМС, поступают из следующих источников: страховые взносы, государственные субсидии и целевое перечисление средств для престарелых.

а. Страховые взносы

Застрахованные платят как процентные отчисления, так и фиксированный страховой взнос. Основное правило — до достижения 65 лет взносы зависят от дохода лица, независимо от того, заработок это или социальное пособие. Часть страхового взноса платит наниматель (или орган, выплачивающий пособия). До конца 1988 г. наниматель и работник платили одну и ту же сумму — то есть один и тот же процент от дохода работника. Однако в 1989 г. был введен фиксированный страховой взнос, который платит застрахованное лицо; поэтому процент страховых отчислений нанимателя теперь выше, чем работника.

Общий доход, с которого должны исчисляться страховые взносы, ограничен (в 2004 г.) суммой 29 493 евро в случае наемных работников и суммой 20 800 евро в случае самостоятельно работающих.

Все упомянутые цифры — максимальный доход, при котором страхование в системе ФМС обязательно, размер страхового взноса, соотношение между вкладами нанимателя и работника, максимальная сумма дохода, с которого исчисляются страховые взносы — ежегодно устанавливаются Министерством здравоохранения (предложение о размере страхового взноса вносит Комиссия по медицинскому страхованию).

В табл. 3 приведены размеры взносов и соотношения между взносами нанимателей и работников в системе ЧМР и системе ФМС.

Моряки платят меньше, чем представители других профессий, поскольку Коммерческий кодекс требует от владельцев судов, чтобы медицинские услуги были доступны на борту. Некоторые группы населения платят оп-

Таблица 3. Уровни отчислений и соотношение между отчислениями нанимателей и наемных работников в системе ЧМР и системе ФМС, 1990—2004 гг., в % от общих доходов.

	1990	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004
Система ЧМР (только наемные работники)	5,4	8,85	7,35	8,85	9,6	10,25	10,25	10,25	10,25	12,3	13,25
Система ФМС, наемные работники	3,05	1,1	1,65	1,35	1,2	1,55	1,8	1,7	1,7	1,7	1,25
Система ФМС, наниматели	4,85	7,25	5,35	5,55	5,6	5,85	6,3	6,25	6,25	6,75	6,75
Система ФМС в целом	7,9	^a	7,0	6,9	6,8	7,4	8,1	7,95	7,95	8,45	8,0

^a Поскольку взнос нанимателей был внесен не за полную сумму, проценты нельзя складывать.

ределенную твердую сумму: их доходы столь малы, что расчет соответствующего процента выплат даст смехотворный результат; такие люди освобождены от уплаты фиксированного страхового взноса, о котором говорилось выше.

Те, кто рано ушел на пенсию, тоже занимают особое положение: у них нет нанимателя, который платил бы за них часть страхового взноса. В таких условиях с их государственной пенсии по старости и любого дополнительного дохода взимаются отчисления в размере полных 8,0% (на 2004 г.), которые обычно делятся между нанимателем и работником. По той же схеме взимаются страховые взносы с людей старше 65 лет — у них тоже нет нанимателя, который бы платил за них часть отчислений. Они также платят 8,0% (на 2004 г.) от своей пенсии по старости. С любого другого дохода, подлежащего отчислениям (т.е. дохода от трудовой деятельности), взимается 6,0% (2004 г.).

Фиксированный страховой взнос в 1989 и 1990 гг. государство установило на уровне 71 евро на человека в год; с 1991 г. его величину самостоятельно определяет каждый ФМС. С 1 января 1995 г. этот взнос не взимается с детей, застрахованных как иждивенцы. В 2003 г. размер фиксированного взноса колебался от 239 до 390 евро для застрахованных и для их партнеров, застрахованных как иждивенцы — резкий подъем по сравнению с предыдущим годом. Кроме того, заметно вырос разрыв между самым дешевым и самым дорогим страховым фондом: в 1999 г. годовой размер взноса колебался между 156 и 200 евро. В среднем, фиксированная часть взноса составляет примерно 10% от общей годовой суммы выплат в ФМС, однако в некоторых случаях (зависит от дохода, страхового фонда и наличия супруга или супруги) эта цифра может значительно возрасти. Фиксированную часть взноса ежемесячно собирает тот ФМС, где зарегистрирован застрахованный. В случае тех, кто старше 65 лет и живет за границей на пенсию по старости, эта сумма удерживается из пенсии Банком социального страхования в Амстердаме.

б. Государственные субсидии

Схема медицинского страхования престарелых и добровольное медицинское страхование до их упразднения 1 апреля 1986 г. частично финансировались государством. Затем эти средства были переведены в Центральный фонд ФМС. Когда в указанный срок вступили в силу Закон о доступе к медицинскому страхованию и Закон о со-финансировании в фондах медицинского страхования лиц пожилого возраста, в Закон о ФМС была внесена поправка, согласно которой государство выделяет для системы ФМС ежегодную субсидию. Ее размер каждый год определяется заново; в 2002 г. она составляла около 24% средств системы ФМС, прошедших через Центральный фонд.

в. Целевое перечисление средств для престарелых

Все престарелые, ранее охваченные схемой медицинского страхования престарелых и схемой добровольного страхования со сниженными взносами, после их отмены 1 апреля 1986 г. были переведены в систему ФМС. Закон о доступе к медицинскому страхованию был принят для того, чтобы лишь застрахованные в системе ФМС до 65 лет оставались там и далее, но переходные соглашения, введенные в связи с отменой особых схем для престарелых, означали, что престарелые представлены в ФМС избыточно в сравнении с частным страховым сектором. Чтобы смягчить невыгодные финансовые последствия такого перекоса, было принято законодательство, обязывающее частный сектор оплачивать часть расходов ФМС, пока престарелые избыточно там представлены (так называемый Закон о со-финансировании в фондах медицинского страхования лиц пожилого возраста).

За исключением фиксированного страхового взноса, все эти средства поступают в центральный фонд системы ФМС, которым заведует Комиссия по медицинскому страхованию.

Частное медицинское страхование

Частное медицинское страхование существует в двух вариантах: стандартный страховой полис, предоставляемый по Закону о доступе к медицинскому страхованию, и прочие виды полисов. Лицо, желающее оформить частную страховку, не обязано выбирать стандартный полис; однако от всех страховых компаний требуется предлагать его любому, кто этого желает и удовлетворяет определенным критериям. По этой причине используется термин «смешанное» страхование.

Право на страхование

В дополнение к тем, кто имеет право на стандартный страховой полис по временным соглашениям, сопровождавшим принятие Закона о доступе к медицинскому страхованию, этот полис доступен также следующим группам населения:

- а) живущие в Нидерландах, вынужденные по какой-либо причине выйти из системы ФМС или одной из систем страхования государственных служащих;

- б) живущие в Нидерландах без страховки, которые не знают и не могли знать, что у них выше среднего риск развития заболевания;
- в) те, кто собирается жить в Нидерландах, если раньше у них было какое-либо медицинское страхование.

1 января 1989 г. в закон была внесена поправка, позволяющая людям старше 65 лет, у которых раньше был какой-либо другой частный полис (обычно с высокими взносами) или не было полиса вовсе, получить стандартный полис. Была также внедрена система распределения потерь страховых организаций на стандартных полисах для людей старше 65 лет: они делятся между владельцами частных страховых полисов моложе 65 лет в виде дополнительно взимаемой страховой суммы.

Стандартный набор услуг, предоставляемый любой из этих групп, нельзя как-либо ограничить на основании риска развития заболевания, превышающего средний показатель. Тем, кто относится к первой и третьей группе, гарантируется также стандартный набор услуг без какой-либо доплаты за возраст, если в предшествующие 6 месяцев у них была медицинская страховка в каком-либо виде.

Ряд дополнений к изложенным выше правилам и исключений из них сформулирован в постановлении, где изложено, кто может или не может получить стандартный страховой полис.

С февраля 1991 г. люди, имеющие частное страхование со взносом, превышающим максимальный взнос по стандартному полису для своей возрастной группы — за вычетом всех видов частичной оплаты — также могут получить стандартный полис. Их старый полис должен быть низшего класса, и они должны быть застрахованы (причем системы ЧМР это не касается) на протяжении по меньшей мере трех предшествующих лет. Потери, которые несут страховые компании из-за низкой величины страховых взносов данной группы населения, с 1 марта 1994 г. между другими владельцами частных полисов не распределяются.

С января 1992 г. студенты с частной медицинской страховкой, у которых есть право на финансовую помощь согласно условиям главы 11 Закона о финансировании студентов, могут оформить стандартный полис со сниженным размером страховых взносов. Партнер и дети, на которых студент получает пособие (пособие на сожителя или пособие одинокого родителя), также имеют на это право.

Регистрация

Имеющие право на стандартный полис могут обратиться за ним в любую частную страховую компанию, предоставляющую такие полисы, в течение 4 месяцев с момента, когда впервые получают это право. Как правило, страховые компании обязаны принимать такие заявки. Однако компания может быть частично или полностью от этого освобождена; этим положением пользуется ряд страховщиков, которые обслуживают лишь работников определенной фирмы или группы фирм.

В отличие от системы ФМС, стандартные страховые полисы не охватывают иждивенцев. Поскольку стандартный полис является индивидуальной

формой страхования, он не распространяется на партнера или детей застрахованного лица.

Финансирование

В частном медицинском страховании есть установленные законом дополнительные взносы (табл. 4): согласно Закону о со-финансировании в фондах медицинского страхования лиц пожилого возраста и согласно Закону о доступе к медицинскому страхованию. Первый вид взносов перечисляется частными страховыми компаниями в фонды медицинского страхования, чтобы возместить их затраты на пожилых людей, которых в ФМС зарегистрировано намного больше. В 2004 г. застрахованные моложе 20 лет платили 60 евро в год, в возрасте от 20 до 64 лет — 120 евро в год, те, кому 65 лет и более — 96 евро в год; студенты от уплаты этого взноса освобождены. Второй вид дополнительных взносов покрывает разницу между расходами и страховыми взносами; в 2004 г. застрахованные моложе 20 лет платили 196,80 евро в год; в возрасте от 20 до 64 лет — 393,60 евро в год, а студенты и престарелые были освобождены от уплаты этого взноса.

Таким образом, стандартные полисы финансируются из страховых взносов держателей полисов и так называемых дополнительных взносов Закона о доступе к медицинскому страхованию. Страховые взносы имеют фиксированный размер и платятся ежемесячно. Дети моложе 18 лет и учащиеся в возрасте от 18 до 27 лет, которые включены в полис основного держателя полиса, платят лишь половину стандартной суммы. Взносы платятся за двух или самое большее трех детей. Если у держателей полиса есть дети, имеющие стандартный полис или включенные в полис родителей, платится только дополнительный взнос в размере 21,40 евро в месяц.

Таблица 4. Упрощенная структура тарифов в частном медицинском страховании в 2004 г. (помесечно)

Категория граждан	Страховой взнос	Дополнительный взнос по Закону о со-финансировании в фондах медицинского страхования лиц пожилого возраста	Дополнительный взнос по Закону о доступе к медицинскому страхованию
До 20 лет	Регулярный взнос или	5 евро	16,40 евро
От 20 до 64 лет	взнос по стандартному полису (152 евро)	10 евро	32,80 евро
65 лет и старше		8 евро	—
Студенты	36,70 евро	—	—

Прочие источники финансирования

Помимо трех основных источников финансирования здравоохранения (страхование по Закону о ЧМР, страхование по Закону о ФМС, частное медицинское страхование), существуют дополнительные источники; главные

из них — налоги, платные медицинские услуги и добровольное дополнительное страхование (табл. 5а и 5б).

Из таблиц видно, как меняется соотношение между разными источниками финансирования. В 1986 г., после того как правительство решило упразднить схему добровольного медицинского страхования, многие пожилые люди получили доступ к системе ФМС, что снизило долю средств от частного страхования. Закон Ван Оттерлоо в середине 1990 г. расширил доступ к системе ФМС для престарелых с низким доходом. В начале 1990 г. в рамках шедшей тогда реформы здравоохранения некоторые формы обслуживания

Таблица 5а. Структура основных источников финансирования (в миллионах евро), 1980—2002 гг.

Источник	1980	1990	1995	2000	2001	2002
Общие расходы здравоохранения	17220	21782	26974	34640	38450	43041
Государственные						
Налоги	1567	2292	2709	1673	2015	2394
Обязательное страхование (Закон о ЧМР)	6388	7088	11488	12936	14511	16733
Обязательное страхование (Закон о ФМС)	3893	6805	7397	12736	13877	15319
Частные						
Частное страхование	4197	3470	3251	4664	5301	6137
Платные услуги	1174	2128	2053	2369	2555	2459
Прочее	—	—	77	262	190	—

Источник: Министерство здравоохранения, социального обеспечения и спорта, разные годы.

Таблица 5б. Процентное соотношение основных источников финансирования, 1980—2002 гг.

Источник	1980	1990	1995	2000	2001	2002
Государственные						
Налоги	9	11	10	4,8	5,2	5,6
Обязательное страхование (Закон о ЧМР)	37	33	42,6	37,3	37,7	38,9
Обязательное страхование (Закон о ФМС)	23	31	27,4	36,8	36,1	35,6
Частные						
Частное страхование	24	16	12,1	13,5	13,8	14,3
Платные услуги	7	10	7,6	6,8	6,7	5,8
Прочее	—	—	0,3	0,8	0,5	—

Источник: Министерство здравоохранения, социального обеспечения и спорта, разные годы.

были переданы из второй страховой системы в систему ЧМР; в 1996 г., однако, вернулись к прежним схемам. С 1997 г. в систему ЧМР отнесены дома для инвалидов и престарелых. Поскольку ранее они финансировались из налогов, соотношение между источниками финансирования вновь заметно изменилось.

Налоги

Налоговое финансирование делится на центральное, региональное и муниципальное. Налоговые средства идут главным образом на медицинские исследования и, до некоторой степени, на исследования в области общественного здравоохранения. Поскольку эти цифры не включают государственные субсидии для фондов системы ФМС и, в меньшей степени, ЧМР, общие налоговые поступления оцениваются примерно в 13—14 %.

Платные медицинские услуги

Согласно Докладной записке по здравоохранению за 2001 г., до 9% всех расходов здравоохранения покрывают сами потребители: 4% в виде частичной оплаты услуг первой системы медицинского страхования (Закон о ЧМР), 2% в виде фиксированной доплаты либо франшизы за услуги второй системы (ФМС и частное страхование) и 3% в виде прямых платежей или дополнительного частного страхования в третьей системе.

Частичная оплата в системе ЧМР касается расходов на дома престарелых и инвалидов. Определяя, какую часть расходов при помещении в учреждение, относящееся к системе ЧМР, оплачивает больной, учитывают конкретные обстоятельства — особенно, состоит ли он в браке, живет совместно с кем-то или одинок: в последнем случае уровень оплаты выше, поскольку повседневные расходы больного ниже, чем у того, кто имеет супруга или партнера. В 2001 г. максимальная сумма составляла 1631 евро в месяц.

Во второй страховой системе с 1 января 1997 г. все клиенты ФМС оплачивали 20% медицинских расходов до максимальной суммы 90 евро. За обращения к врачам общей практики, основные стоматологические услуги и расходы на больничное обслуживание по беременности доплаты не взимались. В случае госпитализации по другим причинам взималась фиксированная сумма 3,62 евро в день. С 1 января 1999 г. эти общие случаи частичного страхования отменены. В определенных случаях продолжают взиматься франшизы: 180 евро в год за искусственную молочную железу, 51 евро или 102 евро в год за ортопедическую обувь (соответственно до и после 16 лет), 454 евро в год за слуховые аппараты и 252 евро в год за парики. Многие люди, имеющие частную страховку, должны, по условиям своих контрактов, платить франшизу по своим медицинским расходам.

Третья страховая система — услуги, которые полностью оплачивают граждане. Сюда входят расходы, более не охватываемые страхованием: например, физиотерапия, стоматологические операции и косметическая хирургия, исключая необходимую.

Добровольное дополнительное медицинское страхование

Почти все фонды медицинского страхования предлагают своим клиентам возможность добровольного дополнительного страхования. Такой полис есть более чем у 90% клиентов ФМС. Каждый фонд разрабатывает собственный полис. Чаще всего туда входят стоматологическая помощь, протезы, слуховые аппараты, альтернативные методы лечения, а также покрытие расходов, понесенных за рубежом.

Набор медицинских услуг

Закон о чрезвычайных медицинских расходах

Право на обслуживание

Регистрация в одном из органов системы чрезвычайных медицинских расходов (ЧМР) дает право на профилактику, лечение и уход, услуги, направленные на поддержание, восстановление или повышение трудоспособности или улучшение качества жизни, а также социальное обслуживание. При этом требуется согласие страховой организации.

С января 1992 г. иностранцы, которые селятся в Нидерландах и таким образом попадают в сферу действия Закона о ЧМР, в первые 12 месяцев (максимальный срок) после своего приезда не имеют права на определенные виды стационарного обслуживания, если уже имелись показания к такому обслуживанию или если состояние здоровья данного лица достаточно четко указывало на то, что это понадобится. Это относится к помещению в дом инвалидов или престарелых, интернат для умственно отсталых и для слабослышащих, посещению дневных стационаров для инвалидов, амбулаторному лечению в доме для престарелых или инвалидов и т.п. Чтобы избежать неверного истолкования, следует заметить: перечисленные ограничения не означают, что указанные услуги недоступны таким людям в принципе; это значит лишь, что в первые 12 месяцев проживания в Нидерландах они не оплачиваются по системе ЧМР.

Региональные оценочные комитеты определяют, действительно ли обслуживание необходимо. Комитеты — независимые организации, оценивающие, какое обслуживание требуется, какого типа и в каком объеме. После оценки клиент знает, на что может рассчитывать, и имеет возможность выбора между получением страховых услуг в натуральной форме и личным бюджетом (*Persoonsgebonden Budget, PGB*). Наиболее распространено получение страховых услуг в натуральной форме — они непосредственно предоставляются медицинским учреждением, которое заключило со страховщиком контракт на такое обслуживание. Личный бюджет — денежная сумма, позволяющая клиенту самостоятельно покупать медицинские услуги. При этом он полностью распоряжается выделенными средствами. Однако личный бюджет выделяется лишь для определенных функциональных групп услуг: сестринский уход, общий уход и услуги по поддержке и руково-

дству. Лечебные услуги и услуги по размещению для проживания могут предоставляться только в натуральной форме.

Набор услуг

В Законе о ЧМР перечислены основные виды медицинской помощи, на которые он дает право. Более подробно это изложено в Приложении к закону о ЧМР (о видах услуг) и дополнениях к нему. Набор услуг в системе ЧМР в 1990 гг. неоднократно менялся (см. раздел «Реформы здравоохранения»). С 1 апреля 2003 г. он представлен не в виде категорий или перечня учреждений, но в виде функциональных групп, что должно облегчить клиентам выбор нужных услуг. Это изменение — часть постепенной модернизации системы ЧМР. Предложение на рынке все в большей степени регулируется спросом, а не просто управляется государством. Внимание сосредоточено уже не на самом наборе услуг, а на нуждах клиентов, для которых они предназначены. Ожидается, что эти изменения основных принципов со временем приведут к предоставлению услуг, ориентированных на конкретного клиента и расширению набора услуг и поставщиков. С этой целью упрощен процесс создания новых медицинских учреждений, а уже существующим дана возможность расширить свой набор услуг. Основной принцип системы ЧМР — люди должны возможно дольше жить дома, вне зависимости от того, где обслуживаются — дома или в специальном учреждении (Ministry of Health, Welfare and Sports 2004).

Выделены семь различных функциональных групп услуг:

1. Помощь по дому, например: уборка, уход за домашними растениями, приготовление пищи.
2. Персональный уход, например: помощь в принятии душа, обмывание, одевание, бритье, уход за кожей, помощь в посещении туалета, принятии пищи.
3. Сестринский уход, например: обработка ран, выдача лекарств, инъекции, обучение тому, как делать их самостоятельно, советы о том, как вести себя во время болезни.
4. Пассивная поддержка и руководство, например: помощь клиенту в том, как лучше организовать свой жизненный распорядок, а также уход или обеспечение занятиями в течение дня, либо помощь в ведении собственного хозяйства.
5. Активная поддержка и руководство, например: беседы с клиентом с целью помочь ему изменить поведение и научиться по-новому вести себя там, где существуют поведенческие психологические проблемы.
6. Лечение, например: помощь в связи с заболеванием, скажем, реабилитация после инсульта.
7. Помощь по размещению в месте проживания.

Субсидии

При определенных обстоятельствах застрахованные имеют право на лечение и другие услуги системы ЧМР, которые оплачиваются из государственной субсидии. Условия этого изложены в разделе 39, параграф 3 Закона о

финансировании национального страхования. Решения о такой оплате услуг выносит Комиссия по медицинскому страхованию, используя ряд критериев — показана ли с медицинской точки зрения услуга, о которой идет речь, и каков объем лечения. Виды услуг, которые оплачиваются данным способом, включают в себя:

- интернаты для умственно отсталых детей;
- индивидуальный уход за умственно отсталыми;
- аборты;
- пренатальные и перинатальные исследования для определения группы крови или резус-фактора, и проверки на гонорею;
- независимое проживание под присмотром специального персонала;
- семейные консультации для семей с глухими или слабослышащими детьми;
- национальная программа по профилактике гриппа.

Осуществление права на лечение и другие услуги

При необходимости страховые организации могут разрешить застрахованным обратиться за услугами, входящими в систему ЧМР, к врачу или в учреждение, с которыми у них не заключен контракт. Приложение к закону о ЧМР (о видах услуг) закрепляет за человеком, застрахованным в этой системе, право на оплату медицинской помощи, оказанной за границей, если она входит в сферу действия Закона о ЧМР, при условии, что эту помощь нельзя было откладывать до возвращения в Нидерланды. При отсутствии законодательно определенной максимальной суммы возмещаемых расходов, будут оплачены все расходы с учетом цен на медицинскую помощь в данной стране. Если в оплату входили сборы с потребителя, они вычитаются из суммы возмещения. Данные расходы не должны возмещаться по какой-либо иной схеме.

С 1 января 2004 г. застрахованные старше 18 лет платят некоторую сумму за полученное обслуживание. Подробнее эти правила изложены в Постановлении о личных взносах за оплату лечения и связанных с ним Положениях о личных взносах за оплату лечения. При определении величины взноса учитывается размер облагаемого налогом дохода, семейное положение или совместное проживание с кем-либо. Личные взносы вычитаются из личного бюджета. Застрахованные, которым услуги предоставляются в натуральной форме, получают счет на оплату личного взноса.

Если страховые организации не в состоянии заключить контракты с поставщиками услуг либо эти контракты неудовлетворительны, министр здравоохранения может принять решение о замещении услуг в натуральной форме выплатой денежной суммы в возмещение расходов, понесенных застрахованным при получении не охваченной контрактами медицинской помощи.

Закон о фондах медицинского страхования

Право на лечение и другие услуги

Страхование по Закону о ФМС дает право на получение страховых услуг в форме лечения и другой медицинской помощи.

Набор услуг

Закон о ФМС обеспечивает правовую основу для получения медицинской помощи теми, кого касается этот закон; подробности изложены в Постановлении о медицинском страховании (лечение и услуги). Набор услуг в 1990 г. несколько раз менялся (см. раздел «Реформы здравоохранения»). В рамках системы ФМС доступны следующие услуги:

а. Консервативное и хирургическое лечение

Здесь входит обращение к врачам общей практики и специалистам, физиотерапия для взрослых и детей (включая упражнения по системе Менсендик и терапию по системе Сезара) и речевая терапия. Физиотерапия ограничена девятью сеансами для данного заболевания за календарный год, исключая некоторые заболевания, требующие более длительного лечения. Терапию по системе Сезара или упражнения по системе Менсендик можно продлить еще на девять сеансов, если врач общей практики или специалист, ведущий больного, считает это необходимым — и если предварительно получено согласие ФМС. С 1996 г. услуги специалистов включают обследования по выявлению рака шейки матки.

б. Акушерская помощь

Обычно оказывается акушеркой, но если акушерка недоступна, или если это показано с медицинской точки зрения — то и врачом общей практики или специалистом.

в. Стоматологическая помощь

С 1 января 1995 г. страхование охватывает лишь стоматологическую помощь детям, профилактические осмотры полости рта для взрослых, специализированное хирургическое лечение и, в определенных случаях, установку зубных имплантатов и связанную с этим рентгенографию. Считается, что голландское население способно само оплачивать уход за своими зубами. Регулярные посещения зубных врачей стали в Нидерландах обычным делом, так что зубы среднего человека, как правило, ухожены, и лечение ему по карману. Стоматологическая помощь детям включает профилактические осмотры, с возраста 6 лет нанесение препаратов фтора дважды в год, пломбирование, лечение заболеваний пародонта и хирургические процедуры. С 12 лет на детей (по Закону о ФМС) заводится зубная карта, которая ежегодно возобновляется. С 13 лет дети, у которых нет зубной карты, должны оплачивать 50% лечения до максимальной суммы 226,89 евро в год. Взрослые имеют право на профилактические осмотры при условии, что приходят проверяться не реже раза в год. С 1 января 1997 г. застрахованные вновь получили право на зубное протезирование. Люди с некоторыми стоматологическими жалобами, или же с физическими или умственными недостатками, которые являются результатом

лечения, имеют право (в определенных обстоятельствах и при необходимости) на полное стоматологическое обслуживание.

г. Лекарственные средства

Сюда входит обеспечение лекарственными средствами, специальными диетическими продуктами и перевязочными материалами. Каждый имеет право на высококачественные лекарственные средства в широком ассортименте. В дополнение к сбору за лекарственные средства, который может составлять до 20% расходов на них, стоимость лекарств обычно возмещается лишь до некоторого предела, установленного для различных лекарств одного типа («базовая цена», см. раздел «Лекарственные средства»). Разницу должен платить застрахованный.

д. Госпитализация и пребывание в больнице (за исключением психиатрической больницы или психиатрического отделения больницы общего профиля, а также учебной клиники)

Пребывание в больнице включает в себя всю консервативную, хирургическую и акушерскую помощь, которая необходима больному, в том числе осмотры специалистами и весь связанный с лечением уход, круглосуточный или частичный. Госпитализация (с размещением в больнице по наиболее низкому классу) должна быть одобрена тем ФМС, где зарегистрирован больной. Для этого необходимо, чтобы медицинские показания требовали стационарного обслуживания (как лечения, так и ухода), или только в стационаре могла быть оказана акушерская помощь. Если по строгим медицинским показаниям дальнейшее пребывание в стационаре не требуется, но у больного нет выбора (например, он ждет помещения в интернат), считается, что стационарное лечение показано по-прежнему. В соответствии с Законом о ФМС стационарное обслуживание предоставляется на протяжении самое большее 365 дней; далее оно оплачивается через систему ЧМР. Страхование включает также определенные типы трансплантации тканей и органов и возмещение затрат на получение подходящего для трансплантации материала.

е. Протезы и вспомогательные устройства

Сюда входит обеспечение вспомогательными приспособлениями, например, протезами. При этом учитываются не только медицинские показания, но также конкретная трудовая ситуация данного больного. Иногда протезы отдаются больным в собственность, иногда предоставляются на время. Требуется назначение от врача, обычно с предварительным одобрением страховой организации. При определенных условиях оплачиваются также модернизация протезов, их ремонт и запасные части к ним. Расходы, связанные с использованием и уходом за протезами в обычных условиях, больной оплачивает сам.

ж. Перевозка

Оплачивается, при условии одобрения лечащим врачом, перевозка больных скорой помощью, на такси или на частной машине, а также стоимость проезда государственным транспортом (в низшем классе) до больницы или клиники и обратно. В определенных случаях ФМС дают согласие на перевозку другими средствами, например, вертолетом. Стоимость

перевозки из-за рубежа (если она показана с медицинской точки зрения) оплачивается лишь от границы или внутреннего аэропорта; однако если больной лечился за границей с согласия своего ФМС, перевозка оплачивается полностью. Клиентам ФМС, проживающим за границей, но лечившимся в Нидерландах, обратная дорога оплачивается лишь до пересечения границы или до внутреннего аэропорта; для приграничных работников, работающих в Нидерландах и застрахованных в одном из ФМС, дорога оплачивается полностью.

з. Послеродовой уход

Сюда входит наблюдение и уход за матерью и ребенком после родов; услуги могут предоставляться по месту жительства (под надзором центра по охране матери и ребенка), в родильном доме или в больнице. Если услуги предоставляются по месту жительства, их обеспечивает патронажная сестра из центра по охране матери и ребенка, которая, кроме того, помогает по дому. Послеродовой уход обеспечивается до тех пор, пока мать и ребенок в этом нуждаются: минимум 24 часа и максимум 80 — они распределяются на период до 10 дней. Запрос на послеродовой уход должен быть подан за 5 месяцев до предполагаемой даты родов в ближайший к месту жительства застрахованной центр охраны матери и ребенка.

и. Услуги аудиологического центра

Сюда входит проверка слуха больного и консультации по приобретению и использованию слухового аппарата. При необходимости может предоставляться психосоциальная консультация, чтобы помочь больному свыкнуться с тем, что у него нарушения слуха. Больного должен направить в аудиологический центр врач общей практики, педиатр или отоларинголог. Если лечение продолжается более 6 недель, требуется согласие ФМС.

к. Услуги центра по генодиагностике

Сюда входит диагностика генетических нарушений, медико-генетические консультации и психосоциальная помощь; при этом требуется направление от врача общей практики или специалиста. Медико-генетические консультации касаются не только самих застрахованных, но и их родственников. Диагностика проводится в специализированном центре или специалистом, у которого есть контракт с таким центром.

л. Гемодиализ

Застрахованные имеют право использовать оборудование для гемодиализа на дому или в центре гемодиализа (на это должен дать согласие их ФМС). Если он производится на дому, оплачивается стоимость обучения самих больных и их помощников, обслуживание и уход за оборудованием, получение необходимых веществ и растворов. При необходимости оплачиваются также расходы, связанные с перестройками в доме (к примеру, добавочные ванны комнаты) и дополнительным отоплением.

м. Обслуживание больных с хроническими рецидивирующими нарушениями дыхания

Застрахованный может пользоваться услугами подразделения по оказанию соответствующей помощи на дому либо там, где оно может обслуживать сразу несколько человек. Сюда включаются также расходы на все

связанные с этим медицинские и фармацевтические услуги. Требуется согласие ФМС.

н. Реабилитация

Включает обследование, лечение и консультации, которые проводят специалисты, средний медицинский персонал и специалисты по поведенческой или реабилитационной терапии. Реабилитация может сопровождаться лечением, уходом и круглосуточным или частичным пребыванием в соответствующем учреждении. Ее цель — предотвратить или уменьшить любые ограничения, вызванные двигательными расстройствами, таким образом давая больному ту степень независимости, которая возможна в его состоянии.

о. Услуги отделения по профилактике тромбозов

Включают регулярные анализы крови на определение времени свертывания вместе с консультациями по антикоагулянтной терапии врача общей практики, у которого лечится больной. Необходимо направление от врача, но разрешения ФМС не требуется.

Субсидии

В дополнение к лечению и другим услугам в рамках системы ФМС, при определенных обстоятельствах застрахованные имеют право на услуги, которые оплачиваются с помощью субсидий Комиссии по медицинскому страхованию. В результате прогрессивного финансирования ФМС несут все больший и больший финансовый риск. В принципе, они должны использовать данные законом возможности сдерживать этот рост. Однако растет также потребность в индивидуализированном обслуживании и замене одних видов услуг другими для более эффективного использования бюджетных средств. Это требует по-иному трактовать понятие «лечение и прочие услуги», чем позволяют существующие правила, и называется «более гибким набором услуг». Фонды медицинского страхования это не оплачивают: в нынешний набор услуг это не входит. При определенных условиях министр здравоохранения может попросить Комиссию по медицинскому страхованию выделить субсидию на оплату таких услуг из государственных средств. Среди этих условий могут быть медицинские показания, число сеансов лечения и т.п. Это применяется, например, в отношении экстракорпорального оплодотворения и интенсивной терапии на дому.

Частное страхование по Закону о доступе к медицинскому страхованию

Закон о доступе к медицинскому страхованию (WTZ) и Постановление о частном медицинском страховании (возмещение затрат) устанавливают, какие медицинские расходы покрывает стандартный страховой полис. Величина оплаты расходов, прибыли и сборы с застрахованных лиц оговорены в Постановлении о внедрении частного медицинского страхования (возмещение затрат). Стандартный полис покрывает примерно те же риски, что и система ФМС, хотя размер выплат на лечение и другие услуги несколько от-

личается. Например, в стандартном полисе, кроме фиксированных сборов за определенные услуги (такие сборы есть и в системе ФМС), предусмотрена франшиза — все расходы на определенные виды медицинских услуг вплоть до некоторой суммы оплачивает застрахованное лицо. Одна существенная разница между стандартным полисом и страхованием в системах ФМС и ЧМР — в последних двух случаях застрахованный получает медицинскую помощь, а в случае стандартного полиса ему возмещаются средства, которые он на эту помощь тратит. По этой причине страхование в системах ФМС и ЧМР относится к системе медицинского страхования, а стандартный полис — к страхованию возмещения убытков.

Держатели полисов могут свободно выбирать врача общей практики, специалиста, больницу, стоматолога, ортодонта, акушера, патронажную сестру, физиотерапевта, специалиста по ЛФК, массажиста и логопеда; однако, чтобы им оплатили внебольничное лечение у специалиста, физиотерапию, ЛФК или занятия с логопедом, у них должно быть направление от специалиста, врача общей практики или стоматолога.

Застрахованный обязан заблаговременно и как можно раньше в письменном виде уведомить страховую компанию о госпитализации, грядущем пребывании в больнице или послеродовом обслуживании. Уведомление о срочной госпитализации должно быть представлено в письменном виде в течение трех дней. Оригиналы счетов следует передать в страховую компанию до истечения шести месяцев со дня их выписки.

Затраты на здравоохранение

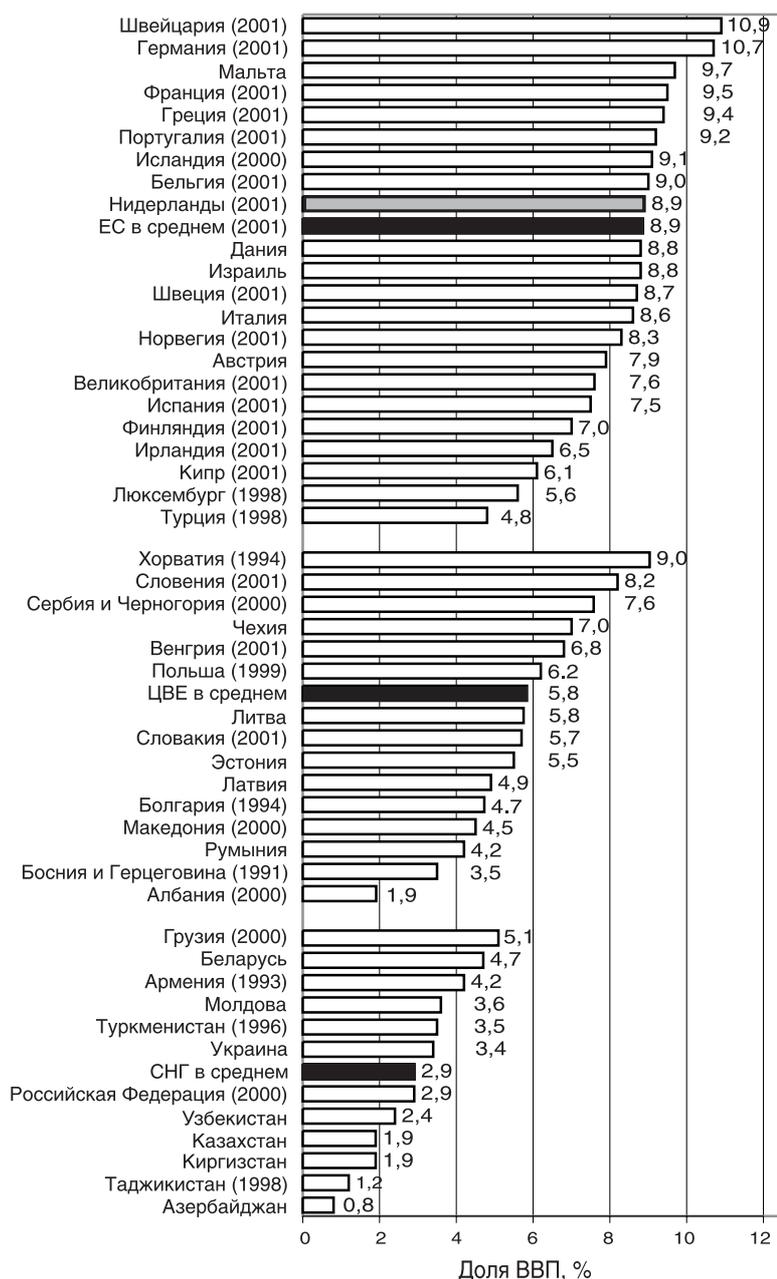
Затраты на здравоохранение, выраженные в долларах США, с 1980 г., как и в других странах ЕС, выросли более чем втрое. В 1980 г. расходы в процентах от ВВП на полпроцента превышали средние по ЕС. Они выросли с 7,5% в 1980 г. до 8,6% в 1993 г. После 1993 г. они упали и в 1998 г. составляли 8,1%. После 2001 г. они поднялись до 9,1%, что близко к среднему по ЕС (табл. 6, рис. 5). Доля государства в общих расходах в начале 1990 г. росла, но затем вновь упала ниже 70% (табл. 6), довольно низкая цифра в сравнении с боль-

Таблица 6. Динамика расходов на здравоохранение, 1980—2002 гг.

Общие расходы здравоохранения	1980	1985	1990	1995	2000	2001	2002
Общие расходы, доллары США с учетом паритета покупательной силы	668	896	1419	1827	2196	2455	2643
Доля ВВП, %	7,5	7,3	8,0	8,4	8,2	8,5	9,1
Доля государства в общих расходах на здравоохранение, %	69,4	71,0	67,1	71,0	63,4	63,3	—

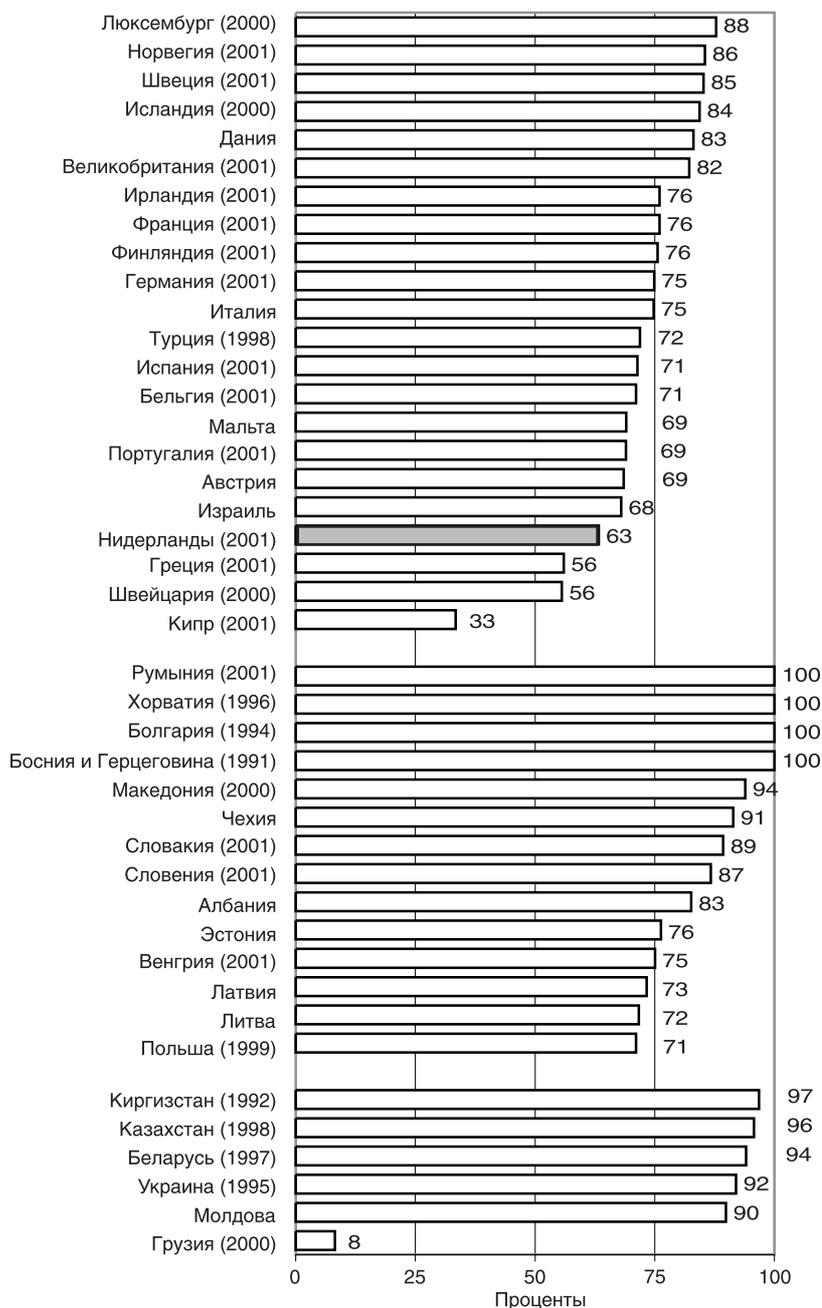
Источник: База данных «Здоровье для всех» Европейского регионального бюро ВОЗ.

Рисунок 5. Общие расходы на здравоохранение в % от ВВП в Европейском регионе ВОЗ в 2002 г. В отсутствие данных за 2002 г. приведены последние из имеющихся данных (год указан в скобках)



Источник: База данных программы «Здоровье для всех» Европейского регионального бюро ВОЗ.
СНГ — Содружество независимых государств; ЦВЕ — страны Центральной и Восточной Европы.

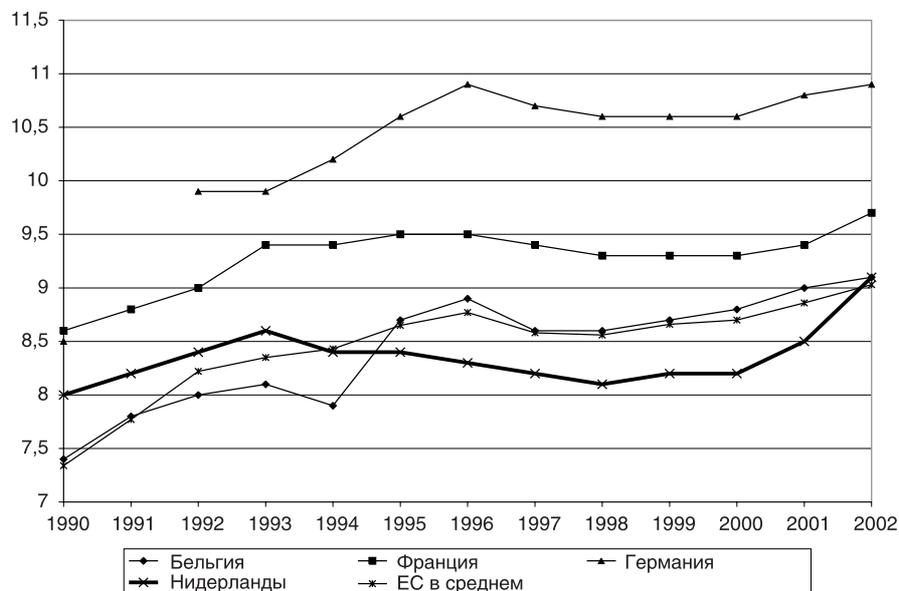
Рисунок 6. Доля государства в общих расходах на здравоохранение (в %) в странах Европейского региона ВОЗ в 2002 г. В отсутствие данных за 2002 г. приведены последние из имеющихся данных (год указан в скобках)



Источник: База данных «Здоровье для всех» Европейского регионального бюро ВОЗ.

Нидерланды

Рисунок 7. Динамика расходов на здравоохранение в % от ВВП в Нидерландах и некоторых других странах, 1990–2002 гг.



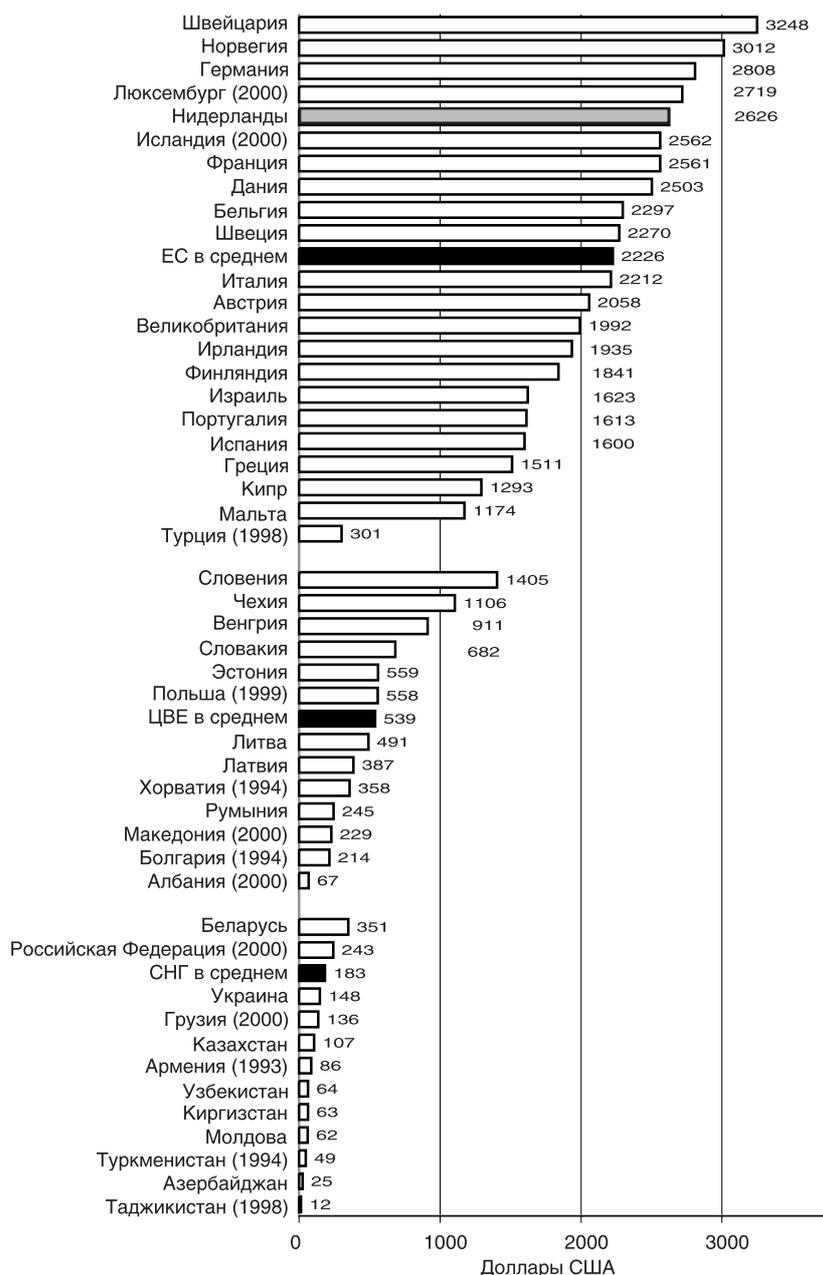
Источник: База данных «Здоровье для всех» Европейского регионального бюро ВОЗ.

шинством европейских стран (рис. 6). Заметные скачки связаны либо с тем, что медицинские услуги переводились из одной страховой системы в другую, либо с тем, что в одну из государственных страховых схем включались новые группы населения (см. раздел «Реформы здравоохранения»).

Если сравнить с соседними странами, имеющими социальное страхование, в Нидерландах с 1993 г. тенденции в расходах на здравоохранение иные. В 1993 г. доля ВВП, потраченная на здравоохранение, была лишь на 1% ниже, чем во Франции, на 1,5% ниже, чем в Германии, и примерно на 0,5% выше, чем в Бельгии, а к 2001 г. она стала самой низкой в этой группе (рис. 7). В 2002 г., однако, она резко выросла, и теперь Нидерланды сравнялись с Бельгией, на 0,6% отстают от Франции и на 1,8% от Германии. В абсолютных величинах расходы здравоохранения на душу населения в Нидерландах превышают средний по ЕС показатель и примерно равны величине для Бельгии (рис. 8).

В постатейной разбивке расходов на здравоохранение, начиная с 1998 г., примерно четверть общих расходов приходится на больницы, а 30% на дома для престарелых и инвалидов, уход за престарелыми на дому и другие учреждения для домашнего ухода (табл. 7). Везде заметен рост расходов в абсолютном выражении, но как процент общих расходов здравоохранения они остаются сравнительно стабильными. А вот расходы на медико-социальную помощь выросли как в относительном, так и в абсолютном выражении.

Рисунок 8. Расходы на здравоохранение (в долларах США с учетом паритета покупательной способности) на душу населения в Европейском регионе ВОЗ в 2001 г. В отсутствие данных за 2001 г. приведены последние из имеющихся данных (год указан в скобках)



Источник: База данных программы «Здоровье для всех» Европейского регионального бюро ВОЗ. СНГ — Содружество независимых государств; ЦВЕ — страны Центральной и Восточной Европы.

Нидерланды

Таблица 7. Расходы здравоохранения по категориям (в млрд евро) и в процентах от общих расходов (в скобках), 1990—2002 гг.

Категория расходов	1990	1995	1997	1998	1999	2000	2001	2002
Поставщики медицинских услуг								
Больницы	6,0 (30,8%)	7,8 (30,6%)	8,5 (30,7%)	8,7 (23,6%)	9,3 (23,1%)	9,9 (23,5%)	11,4 (24,3%)	12,8 (24,4%)
Психиатрическая помощь	a	a	2,1 (7,6%)	2,3 (6,3%)	2,5 (6,3%)	2,6 (6,2%)	2,9 (6,2%)	3,3 (6,3%)
Врачи общей практики	0,7 (3,7%)	0,9 (3,6%)	1,0 (3,6%)	1,3 (3,5%)	1,4 (3,6%)	1,5 (3,6%)	1,6 (3,4%)	1,8 (3,4%)
Врачи-специалисты	1,1 (5,8%)	1,3 (5,0%)	1,3 (4,6%)	1,3 (3,5%)	1,4 (3,6%)	1,4 (3,3%)	1,4 (3,0%)	1,6 (3,1%)
Стоматологи	0,9 (4,6%)	1,0 (3,9%)	1,1 (4,1%)	1,2 (3,3%)	1,2 (3,0%)	1,3 (3,1%)	1,5 (3,2%)	1,7 (3,2%)
Акушерки и вспомогательный медперсонал	0,6 (3,0%)	0,7 (2,7%)	0,7 (2,5%)	0,8 (2,2%)	0,9 (2,3%)	0,9 (2,1%)	1,0 (2,1%)	1,1 (2,1%)
Муниципальные услуги здравоохранения	—	—	—	0,4 (1,1%)	0,4 (1,0%)	0,5 (1,2%)	0,5 (1,1%)	0,6 (1,1%)
Медицинские услуги по месту работы	—	—	—	0,6 (1,6%)	0,7 (1,8%)	0,8 (1,9%)	0,9 (1,9%)	0,9 (1,7%)
Лекарственные средства	—	—	—	3,3 (9,0%)	3,6 (9,1%)	3,9 (9,2%)	4,3 (9,1%)	4,7 (9,0%)
Протезы и приспособления	—	—	—	1,6 (4,3%)	1,8 (4,6%)	1,8 (4,3%)	2,1 (4,5%)	2,2 (4,2%)
Вспомогательные услуги	—	—	—	0,4 (1,1%)	0,4 (1,0%)	0,4 (0,9%)	0,5 (1,1%)	0,5 (1,0%)
Прочие услуги здравоохранения	—	—	—	1,4 (3,8%)	1,5 (3,8%)	1,6 (3,8%)	1,7 (3,6%)	1,9 (3,6%)
Поставщики медико-социальных услуг								
Интернаты для престарелых и инвалидов	1,9 (9,7%)	2,5 (9,9%)	2,8 (10,2%)	2,9 (7,9%)	3,0 (7,6%)	3,2 (7,6%)	3,6 (7,7%)	4,1 (7,8%)
Дома престарелых	—	—	—	2,7 (7,3%)	2,8 (7,1%)	3,0 (7,1%)	3,1 (6,6%)	3,4 (6,5%)
Учреждения домашнего ухода	—	—	—	2,0 (5,4%)	2,1 (5,3%)	2,4 (5,7%)	2,8 (6,0%)	3,3 (6,3%)
Учреждения, обслуживающие инвалидов	—	—	—	2,8 (7,6%)	3,1 (7,9%)	3,4 (8,1%)	3,7 (7,9%)	4,4 (8,4%)
Дневной уход	—	—	—	0,6 (1,6%)	0,8 (2,0%)	1,0 (2,4%)	1,1 (2,3%)	1,3 (2,5%)
Прочие медико-социальные услуги	—	—	—	0,9 (2,4%)	1,0 (2,5%)	1,1 (2,6%)	1,2 (2,6%)	1,3 (2,5%)
Администрация и управление	1,0 (4,9%)	1,1 (4,4%)	1,2 (4,3%)	1,5 (4,1%)	1,5 (3,8%)	1,5 (3,6%)	1,6 (3,4%)	1,7 (3,2%)
Общие расходы	19,6	25,5	27,6	36,8	39,4	42,2	47,0	52,4

Источник: Статистическое бюро Нидерландов (Centraal Bureau voor de Statistiek) (11); Статистическое бюро Нидерландов (Centraal Bureau voor de Statistiek), 2004 г. <http://www.cbs.nl/en/publications/articles/General/statistical-yearbook/A-3-2004.pdf>, последнее обращение 1 сентября 2004 г. (12).

^a Данные с 1998 г. взяты из Статистического ежегодника за 2004 г., где они разбиты на иные категории, чем ранее. Поэтому данные до 1998 г. не всегда пригодны для сравнения.

Медицинское обслуживание

Общественное здравоохранение, первичная и специализированная помощь относятся к различным видам обслуживания. Довольно ограниченная система общественного здравоохранения, местные отделения которой расположены по всей стране, предоставляет базовые медицинские услуги. Хорошо развита первичная помощь, которую оказывают семейные врачи, районные медицинские сестры, специалисты по домашнему уходу, акушерки, физиотерапевты, социальные работники, стоматологи и фармацевты. Каждый больной должен быть зарегистрирован у какого-либо врача общей практики; этот врач при необходимости направляет его к специалисту или в больницу. Специализированную и высокоспециализированную стационарную помощь в значительной степени оказывают частные некоммерческие учреждения.

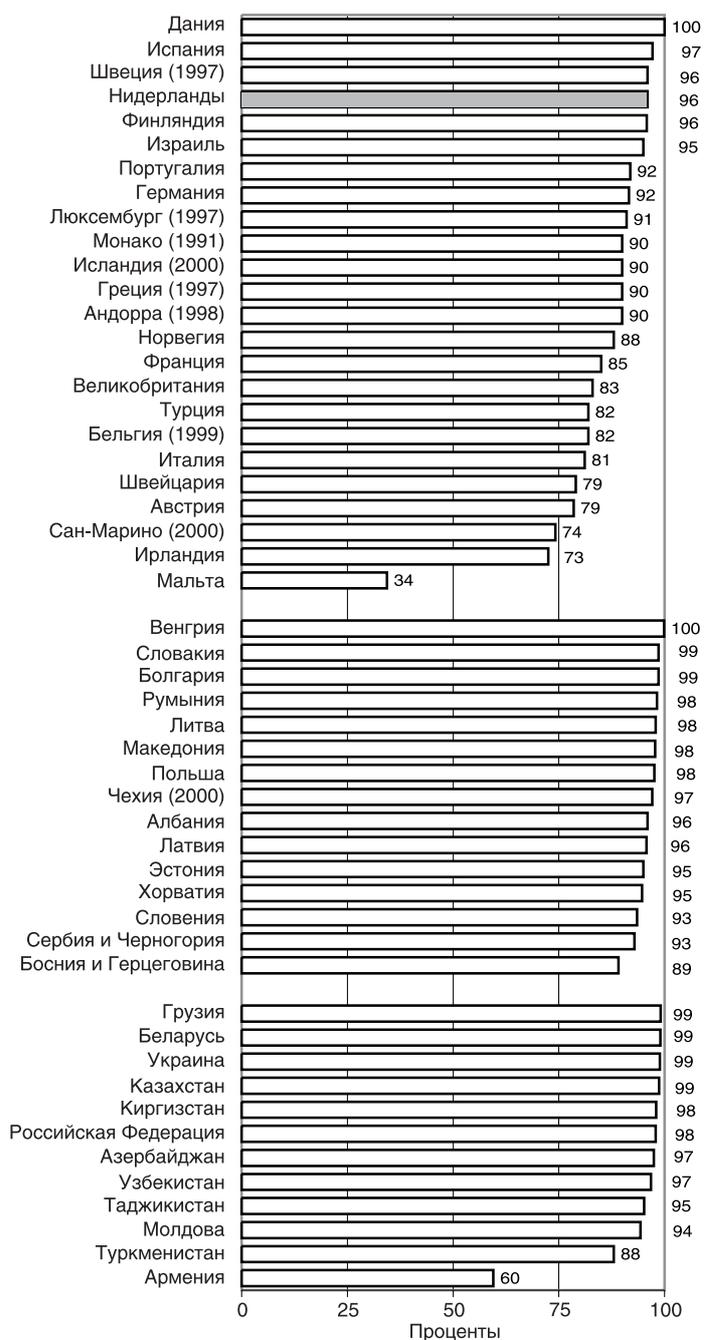
Общественное здравоохранение

Система общественного здравоохранения

Среди задач муниципальных органов общественного здравоохранения в Нидерландах — осмотры детей, иммунизация, охрана окружающей среды, охрана здоровья и пропаганда здорового образа жизни. Их деятельность охватывает все стороны контроля над инфекционными заболеваниями, общей гигиены, здоровья школьников, просвещения в области здоровья населения, распространения информации по уходу за детьми. На муниципальных медицинских центрах (*Gemeentelijke Gezondheidsdienst, GGD*) издавна возложены программы по иммунизации. В сравнении с другими странами в Европейском регионе ВОЗ уровень иммунизации в Нидерландах высок (см. рис. 9, где приведены уровни иммунизации против кори). На региональном и общенациональном уровне консультации и надзор осуществляет Инспекторат по здравоохранению.

Поддержку общественному здравоохранению оказывает система первичной медицинской помощи, а также ряд общенациональных институтов и факультеты университетов, которые специализируются в разных областях

Рисунок 9. Охват иммунизацией против кори в Европейском регионе ВОЗ в 2002 г. В отсутствие данных за 2002 г. приведены последние из имеющихся данных (год указан в скобках)



Источник: База данных «Здоровье для всех» Европейского регионального бюро ВОЗ.

Нидерланды

общественного здравоохранения. Это относится и к институтам, сфера исследований которых может быть важна для общественного здоровья (например, психическое здоровье и наркомания, первичная помощь).

Большинство этих организаций полностью или частично финансируется государством, в первую очередь Министерством здравоохранения или Инспекторатом по здоровью при нем. Среди важнейших обязанностей Инспектората — надзор за качеством медицинской помощи и охрана здоровья, в последнем случае совместно с недавно созданной организацией по безопасности пищевых продуктов. Правительство жестко контролирует также эпидемиологический надзор, в этой области научную поддержку оказывает Национальный институт общественного здравоохранения и окружающей среды. Институты, занятые исследованиями в других областях, имеющих отношение к общественному здравоохранению: безопасность потребителей, демографические и социо-культурные вопросы, вопросы благосостояния и молодежной политики, а также такие области, как контроль заболеваний, передающихся половыми путем, СПИД и сексуальное здоровье — тоже получают на это средства.

Вся эта деятельность — часть политики здравоохранения Нидерландов, ее внедрения и оценки; научные институты так или иначе взаимодействуют с системой медицинского образования и вносят вклад в развитие мировой медицины. Для поддержки академических исследований по профилактике создана специальная государственная программа: ее возглавляет независимая исследовательская организация, Агентство по исследованиям и разработкам в области здравоохранения. Кроме того, в разработке политики общественного здравоохранения участвуют консультационные органы, в том числе Совет по вопросам здоровья, Совет по здравоохранению и общественному здоровью, Консультационный совет по медицинским исследованиям и Управление социокультурного планирования.

В 1998 г. опубликован план развития общественного здравоохранения (13), основанный на рекомендациях ВОЗ «Здоровье для всех» на 2000 г. В нем перечислены цели и направления политики по улучшению здоровья населения. Особенное внимание уделено материальному положению и обстановке в обществе, а также тем сторонам образа жизни, которые влияют на состояние здоровья. Одна из главных задач — вовлечь население в санитарное просвещение и пропаганду здорового образа жизни. Разработаны, скажем, меры по снижению потребления алкоголя и табака (особенно среди молодежи) с одновременной пропагандой здорового питания, физических упражнений и снижения уровня стресса. Много внимания уделено и здоровью пожилых людей. Данные периодических национальных опросов говорят о том, что разработанные программы значительно снизили уровень потребления табака. Есть, однако, и критические отзывы, подчеркивающие, что внедрены еще не все рекомендации, перечисленные в программе «Здоровье для всех» (14, 15).

В прошлом политика общественного здравоохранения в Нидерландах разрабатывалась и направлялась в основном централизованно, но сейчас ответственность за профилактическую деятельность и пропаганду здорово-

го образа жизни все больше переходит к муниципалитетам. Однако высказывалось беспокойство о возможном отсутствии согласованности и стремления действовать, к которым может привести этот подход. Пока что продолжает существовать ряд центральных программ по общественному здравоохранению, таких как программа комплексной иммунизации детей (Национальная программа по иммунизации), массовые обследования по выявлению рака молочной железы и рака шейки матки, общенациональные обследования на предмет врожденных метаболических дефектов (таких как фенилкетонурия и врожденный гипотиреоз). Парламент одобрил программу по выявлению рака молочной железы у женщин в возрасте от 50 до 70 лет. В полном объеме она осуществляется с 1997 г.

Перспективы общественного здравоохранения

У голландского общества и здравоохранения есть некоторые особенности, которыми следует дополнить изложенную выше общую картину для придания ей глубины и перспективы. Хотя аборт в Нидерландах разрешен, их уровень среди голландских женщин один из самых низких в мире, как и уровень беременности среди голландских подростков (хотя в настоящее время оба показателя немного растут, главным образом за счет женщин из этнических меньшинств). В основе политики борьбы с наркоманией в Нидерландах лежит «снижение вреда», и формально запрещенное приобретение, употребление и продажа «легких наркотиков» в небольших количествах активно не преследуются. С международной точки зрения уровень потребления сильных наркотиков в Нидерландах невелик, а число смертей от них достаточно мало. Пропаганда против курения в Нидерландах в значительной степени «идет против течения», поскольку среди голландцев, особенно среди женщин, по-прежнему курящих довольно много. Вероятно, отчасти поэтому продолжительность жизни голландок недавно перестала расти. Но, скажем, против синдрома внезапной детской смертности голландское здравоохранение очень быстро разработало и внедрило профилактические меры, что привело к раннему, быстрому и весьма заметному снижению количества таких случаев. Сбор донорской крови, контроль ее качества и распределение крови и продуктов из нее в Нидерландах осуществляет единая организация (Центр «Санквин»). При определенных условиях в Нидерландах не является уголовно наказуемой эвтаназия — при этом имеется законодательство, которое жестко регулирует и проверяет каждый такой случай. Недавно расширен охват бесплатной вакцинацией против гриппа: раньше вакцинировали только группы высокого риска, а теперь всех лиц моложе 65 лет (16).

Перинатальная смертность и смертность новорожденных в начале 1980 гг. были одними из самых низких в мире, отражая высокое качество общественного здравоохранения и здравоохранения вообще. Однако дальнейшего снижения этих показателей, как, например, в скандинавских странах, в Нидерландах не происходит. Причина, вероятно, в распространении ряда факторов риска: все больше детей рождается у матерей из этнических меньшинств, растет возраст голландских матерей при родах (он один из самых

высоких в Европе), все больше двоен и троен благодаря распространению гормональной терапии и экстракорпорального оплодотворения (1).

Обследование во время беременности на предмет врожденных дефектов, таких как позвоночная расщелина, в Нидерландах, как ни странно, проходят довольно редко. Возможно, здесь играет роль достаточно осторожный подход к решению делать аборт. Медицинской помощью и профилактикой, связанной с деторождением, все еще в основном занимаются акушерки, хотя постоянно растет доля родов, принимаемых в больницах.

Будущее

Население продолжает стареть, а потому доля медицинского обслуживания, посвященная престарелым, будет расти. Поэтому понадобятся более рентабельные методы. Как сказано в «Докладе о здоровье и благосостоянии» (17), в будущем политика здравоохранения в Нидерландах станет более конкретной — будет формулироваться количественно, а не качественно. Особое внимание будет уделено уменьшению социально-экономических различий, так как неравномерное распределение медицинской помощи между разными социально-экономическими группами затрагивает наибольшее количество людей. Нужно постараться также снизить смертность среди престарелых — скорее всего, меняя их образ жизни.

Первичное медицинское обслуживание

В Нидерландах хорошо развита система первичной помощи, в которой заняты в основном семейные врачи. Семейный врач — главная фигура в системе первичной помощи, он регулирует доступ к другим видам обслуживания. «Диспетчерский» принцип — одна из основных характеристик голландской системы; он означает, что у больных нет свободного доступа к специализированной или стационарной помощи. Как клиенты ФМС, так и владельцы частных полисов должны иметь направление. Поэтому голландская система здравоохранения считается эффективной и рентабельной: при необходимости помощь оказывает тот врач, который лучше всего для этого подходит. Семейные врачи занимаются в первую очередь распространенными и легкими заболеваниями, ведут хронических больных и помогают решить связанные с такими заболеваниями психологические и социальные вопросы. Сложное узкоспециализированное (и дорогое) лечение предназначено для тех случаев, когда нужны специальные знания и высокая техническая подготовка (18).

О влиянии «диспетчерской» системы говорит низкий уровень направления к специалистам и в больницы: в большинстве случаев семейные врачи справляются с делом сами. К специалистам направляют лишь 6% больных. Сравнительно часто выдаются направления к хирургам. По поводу распространенных состояний — таких как артериальная гипертензия, боль в поясничной области, инфекции верхних дыхательных путей — к специалистам

направляют крайне редко; почти все случаи лечат сами семейные врачи. С другой стороны, при таких заболеваниях, как инфаркт миокарда, боли в пояснице с симптомами поражения корешков и хронический тонзиллит, к специалистам направляют довольно часто. Таким образом, специалисты отвечают за очень узкий сектор общего спектра заболеваемости (табл. 8).

Таблица 8. Диспетчерский принцип

Лечится почти исключительно семейными врачами	Низкий уровень направлений (%)	Часто лечится специалистами	Высокий уровень направлений (%)
Артериальная гипертония	1	Инфаркт миокарда	60
Боль в поясничной области	2	Боль в пояснице с симптомами поражения корешков	16
Воспаление среднего уха, ангина	3	Хронический тонзиллит	35

Источник: Groenewegen et al. (19).

Семейные врачи имеют независимые и по большей части индивидуальные практики. На одного врача в среднем приходится 2300 больных. Быстро растет количество групповых практик и центров первичной помощи (где работают семейные врачи, социальные работники, физиотерапевты и иногда акушерки). В 1970 г. 91% врачей общей практики работали индивидуально, а к 2000 г. эта цифра упала до 43% (20). В сельских областях у некоторых семейных врачей есть также своя аптека. В последние десять лет их среднегодовое число контактов с больными росло; для клиентов ФМС оно выше, чем для клиентов частных страховых компаний (табл. 9).

Число контактов между врачами и больными, включая специализированную помощь, в 1990 г. составляло 5,7 (на 0,5 выше, чем в 1980 гг.), причем две трети всех амбулаторных контактов приходится на первичную помощь. (Согласно данным крупного опроса семей в рамках ЕС, в 1996 г. число контактов с врачами общей практики равнялось 2,9, со специалистами — 1,8). Для сравнения, общая цифра числа контактов за 2001 г. (5, 8) чуть меньше средней по ЕС (рис. 10).

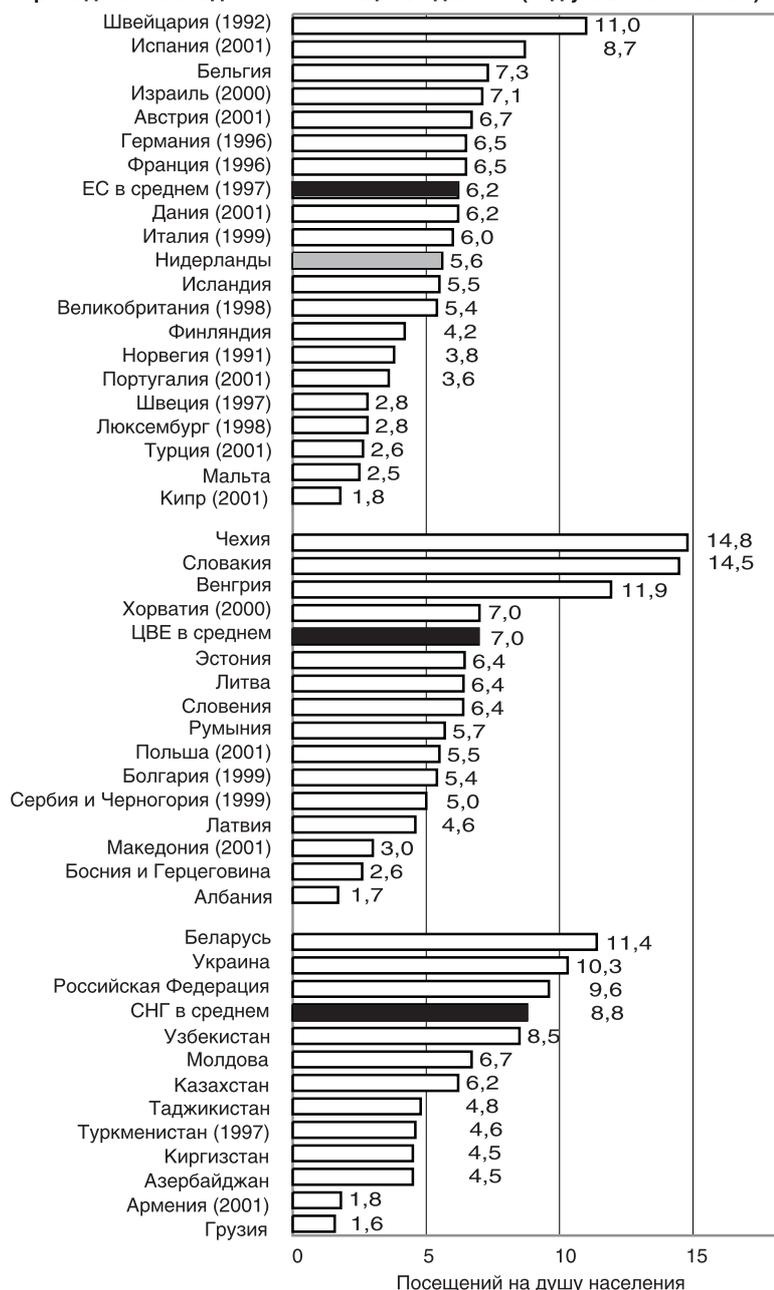
Таблица 9. Число контактов в год между семейными врачами и больными (по типу страхования), 1983, 1988 и 1994 гг.

Год	Страховые фонды (подушная оплата)	Частное страхование (оплата по объему услуг)	Среднее для всего населения
1983	3,8	2,7	3,4
1988	4,1	2,9	3,6
1994	4,3	3,1	3,8

Источник: Голландская ассоциация семейных врачей (21).

Нидерланды

Рисунок 10. Число амбулаторных посещений врачей на душу населения в Европейском регионе ВОЗ в 2002 г. В отсутствие данных за 2002 г. приведены последние из имеющихся данных (год указан в скобках)



Источник: База данных «Здоровье для всех» Европейского регионального бюро ВОЗ.
СНГ — Содружество независимых государств; ЦВЕ — страны Центральной и Восточной Европы.

Примечательной чертой голландского здравоохранения является низкий уровень назначения лекарственных средств; лишь две трети обращений к врачу приводят к выписке рецепта. Более того, назначением лекарства сопровождается лишь чуть более половины диагнозов, тогда как в других европейских странах — 75—95%. Насколько важен столь низкий уровень назначений, хорошо показывает селективное назначение антибиотиков, например, при инфекциях верхних дыхательных путей (18).

В Нидерландах семейные врачи не могут поместить пациента в больницу и не могут там его лечить. Однако они могут воспользоваться услугами больницы для диагностических процедур (анализ крови, рентгенологические исследования, эндоскопия, обследование легких). Некоторые семейные врачи посещают своих больных в стационаре, но это не является общепринятым. Здесь виден один из недостатков существующей системы: разрыв между амбулаторной и стационарной помощью.

Семейные врачи проводят немало времени, беседуя с больными. Это помогает понять, почему так низок уровень назначения лекарственных средств. Помимо медицинских рекомендаций, врачи уделяют время, чтобы объяснить больному природу его заболевания и обсудить различные связанные с этим психологические вопросы. В медицинском образовании немало внимания уделяется развитию умения вести беседу, советовать и прояснять причины обращения к врачу. Последнее особенно нужно, учитывая характер жалоб на приеме у семейного врача. Во многих случаях обращение к врачу вызвано тревогой, беспокойством о возможности тяжелого заболевания и событиями в жизни больного (22).

Зарегистрироваться в качестве семейного врача можно, только получив необходимое профессиональное образование на одном из восьми университетских факультетов семейной медицины. При обучении большое внимание уделяется эпидемиологии, учению о заболеваемости, врачебным навыкам, прояснению причин обращения больного к врачу, консультациям и индивидуальному развитию студентов. Каждые 5 лет семейные врачи проходят перерегистрацию, при этом учитывается их практический опыт и пройденные ими курсы повышения квалификации.

Специализированное медицинское обслуживание

Специализированное и высокоспециализированное обслуживание представляют главным образом больницы. Почти во всех больницах помимо стационаров есть амбулаторные отделения. Амбулаторные услуги оказывают главным образом специалисты, проводящие диагностические процедуры перед госпитализацией и лечение в амбулаторных условиях. В отличие от других стран, специалисты, работающие как амбулаторно, так и в стационаре, в Нидерландах не являются наемными работниками — это скорее самостоятельно работающие, которые сотрудничают с больницами на контрактной основе.

Исключая срочные случаи, больные не могут прямо обратиться в амбулаторное отделение или поликлинику при больнице. Ежегодно к медицинским специалистам обращается примерно 40% населения; в среднем число контактов с ними для тех, кто обращается, составляет 4,8, а это дает среднегодовую цифру консультаций на одного застрахованного около 1,9 или треть всех амбулаторных контактов между врачами и больными.

Больничная система в Нидерландах хорошо развита и в 1999 г. насчитывала 136 больниц (исключая психиатрические). Более 90% из них частные и некоммерческие; остальные государственные (при университетах). Больницы можно разделить на учебные клиники, больницы общего профиля и специализированные. В Нидерландах восемь университетских клиник, расположенных при университетах, имеющих медицинские факультеты. Они заняты лечением больных, теоретическим и практическим обучением студентов и исследованиями. Клиники предоставляют медицинским факультетам «рабочее место», давая возможность эффективно интегрировать лечение, образование и исследования. Внутри системы здравоохранения университетские клиники занимают особое место как ведущие больницы с общими и специализированными клиническими функциями и как учреждения, куда обращаются с наиболее сложными случаями.

Около 100 больниц общего профиля предлагают лечение по разным специальностям. Эта категория разнородна, некоторые больницы поменьше предоставляют лишь основные виды обслуживания. Другие специализируются на чем-то одном, на каких-то конкретных заболеваниях или группах больных.

В результате слияний и расширения размеры больниц растут, несмотря на политику снижения числа коек во всех районах страны: число коек для лечения острых состояний с 1980 г. упало на треть (табл. 10), до показателя 3,1 на 1000 населения — цифра, которая намного ниже средней по ЕС (рис. 11). Хотя число коек изначально было невысоким, его дальнейшее снижение согласуется с процессами в большинстве стран-соседей и по ЕС в целом (рис. 12). Если сравнивать с другими странами, число госпитализаций в больницы столь же низко, а занятость койки исключительно низка — примерно на 20% ниже, чем в других странах ЕС и ниже, чем во всех странах Центральной и Восточной Европы, где этот показатель обычно невелик (табл. 11).

Упрощено управление больницами: руководство отдельными подразделениями все больше переходит от центра к среднему административному звену. Кроме того, теперь сильнее интегрированы в административную структуру больницы специалисты, иногда за счет влияния врачей как отдельной группы внутри больницы. Кроме того, медицинскими сестрами теперь руководят администраторы, роль которых шире, чем у главных медицинских сестер в прошлом.

В результате этих перемен центральное руководство стало более влиятельным и профессиональным (по сравнению с врачами). Специалисты-медики по-прежнему во многом влияют на деятельность больниц, но больше, чем прежде, полагаются на центральное руководство. Больничные по-

Таблица 10. Показатели работы больниц, 1980—2001 гг.

Показатель	1980	1985	1990	1995	2000	2001
Число коек на 1000 населения, все больницы	–	6,4	5,8	5,3	4,8	4,7
Число коек на 1000 населения, больницы общего профиля	5,2	4,7	4,0	3,5	3,3	3,1
Число коек на 1000 населения, психиатрические больницы	1,7	1,7	1,8	1,7	1,6	1,5
Число госпитализаций на 100 населения, все больницы	11,7	11,4	9,9	10,0	9,4	9,3
Число госпитализаций на 100 населения, больницы общего профиля	11,2	10,9	9,6	9,6	9,0	8,8
Средняя продолжительность госпитализации (дни), все больницы	–	–	16,0	14,3	12,9	12,5
Средняя продолжительность госпитализации (дни), больницы общего профиля	14,0	12,5	10,0	8,8	7,7	7,4
Средняя занятость койки (%), больницы общего профиля	83,5	79,1	66,1	65,5	58,4	58,4

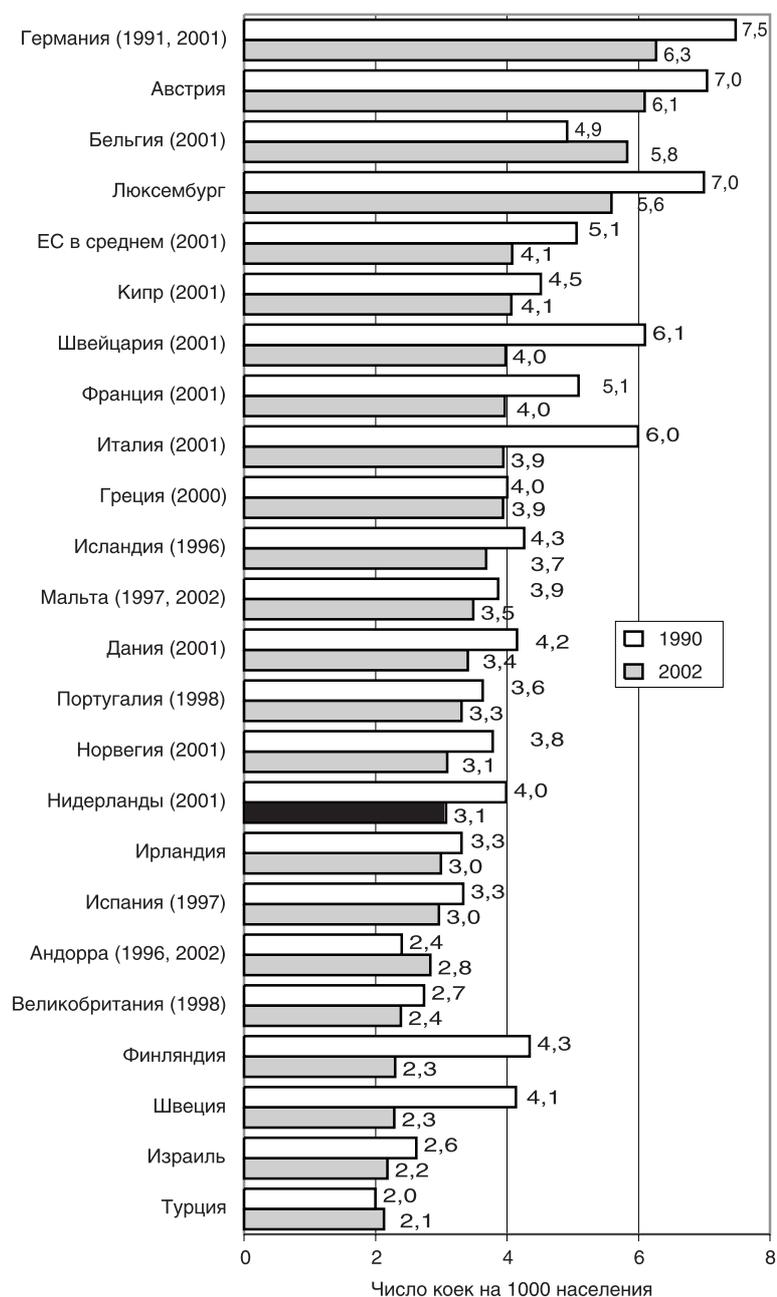
Источник: База данных «Здоровье для всех» Европейского регионального бюро ВОЗ.

печители при разработке политики обычно играют скорее вспомогательную роль, и в основном этим занимаются администраторы.

Система более или менее постоянных с конца 1980 гг. больничных бюджетов должна была способствовать общему контролю расходов (см. раздел «Финансирование больниц»). Постепенно развилось чувство взаимозависимости между больничной администрацией и врачами, которые большей частью являются в больницах независимыми работниками. Система финансирования заметно изменила организацию больниц. Традиционно их структура основывалась на группировке деятельности по функциям. Больница состояла из отдельных, устойчивых функциональных единиц, связанных друг с другом лишь на самом верху. Растущее давление извне и увеличение взаимозависимости между специалистами и управленческим аппаратом требовали изменить организацию.

Развитие пошло по двум основным направлениям: децентрализация и участие врачей-специалистов в управлении. Чем больше больница и сложнее ее структура, тем больше она децентрализована. Взаимная зависимость больницы и специалистов-медиков приняла форму комплексного оказания специализированной медицинской помощи. Существенной чертой комплексного подхода является децентрализованная организация, при которой власть и ответственность переданы отдельным подразделениям. Таким образом, ответственность ложится на специалистов в клинических отделениях. Децентрализация увеличивает также организационную гибкость и быст-

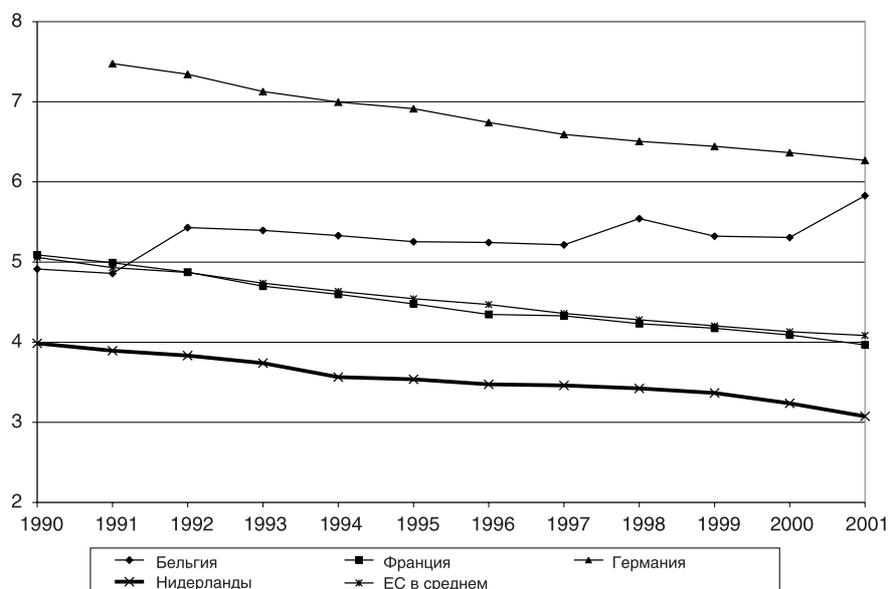
Рисунок 11. Число больничных коек на 1000 населения в Западной Европе в 1990 и 2002 гг. В отсутствие данных за эти годы приведены последние данные (год указан в скобках)



Источник: База данных «Здоровье для всех» Европейского регионального бюро ВОЗ.

Нидерланды

Рисунок 12. Число больничных коек на 1000 населения в Нидерландах и некоторых других западноевропейских странах, 1990—2001 гг.



Источник: База данных «Здоровье для всех» Европейского регионального бюро ВОЗ.

роту реакции. Эта концепция работает эффективнее всего, если специалисты участвуют в управлении децентрализованными подразделениями, у которых есть собственные бюджеты. Почти все крупные больницы и университетские клиники уже в той или иной форме ввели (или собираются ввести) децентрализацию и участие специалистов в управлении. В клинике Утрехтского университета такими децентрализованными подразделениями управляет тройка, состоящая из заведующего по лечению, заведующего по сестринскому уходу и администратора. Децентрализация и участие специалистов-медиков в управлении, таким образом, могут помочь снять противоречия между профессиональной независимостью и бюджетными ограничениями.

Во второй половине 1990 г. Нидерланды признали, что в стране слишком длинные очереди на лечение. С 1997 г. их стараются сократить. Правительство выделило на сокращение очередей дополнительные средства (около 7 миллионов евро). В 1998 г. был основан комитет по очередям, который предложил 12 мер по решению этой проблемы. Главные пункты таковы:

- публикация данных о длине очередей: страховые организации используют такие данные в своей рыночной политике, обещая своим клиентам гарантированное лечение в определенный срок;
- дополнительные средства: поставщики медицинских услуг получают дополнительные средства, только если предоставляется больше услуг (оплата согласно результатам);

Нидерланды

Таблица 11. Показатели работы больниц общего профиля в Европейском регионе ВОЗ за 2002 г. В отсутствие данных за 2002 г. приведены самые последние из имеющихся данных.

Страна	Число коек на 1000 населения	Число госпитализаций на 100 населения	Средняя продолжительность госпитализации, сут	Средняя занятость койки, %
Западная Европа				
Андорра	2,8	10,1	6,7 ^В	70,0 ^В
Австрия	6,1	28,6	6,0	76,4
Бельгия	5,8 ^А	16,9 ^В	8,0 ^В	79,9 ^Г
Кипр	4,1 ^Б	8,1 ^А	5,5 ^А	80,1 ^А
Дания	3,4 ^А	17,8 ^А	3,8 ^А	83,5 ^Б
ЕС в среднем	4,1 ^А	18,1 ^В	7,1 ^В	77,9 ^Г
Финляндия	2,3	19,9	4,4	74,0 ^Ж
Франция	4,0 ^А	20,4 ^В	5,5 ^В	77,4 ^В
Германия	6,3 ^А	20,5 ^А	9,3 ^А	80,1 ^А
Греция	3,9 ^Б	15,2 ^Г	—	—
Исландия	3,7 ^Б	15,3 ^Г	5,7 ^Г	—
Ирландия	3,0	14,1	6,5	84,4
Израиль	2,2	17,6	4,1	94,0
Италия	3,9 ^А	15,6 ^А	6,9 ^А	76,0 ^А
Люксембург	5,6	18,4 ^З	7,7 ^Г	74,3 ^З
Мальта	3,5	11,0	4,3	83,0
Нидерланды	3,1 ^А	8,8 ^А	7,4 ^А	58,4 ^А
Норвегия	3,1 ^А	16,0 ^А	5,8 ^А	87,2 ^А
Португалия	3,3 ^Г	11,9 ^Г	7,3 ^Г	75,5 ^Г
Испания	3,0 ^Д	11,5 ^Г	7,5 ^Г	76,1 ^Г
Швеция	2,3	15,1	6,4	77,5 ^Е
Швейцария	4,0 ^А	16,3 ^Г	9,2 ^А	84,6 ^А
Турция	2,1	7,7	5,4	53,7
Великобритания	2,4 ^Г	21,4 ^Е	5,0 ^Е	80,8 ^Г
Центральная и Восточная Европа				
Албания	2,8	—	—	—
Босния и Герцеговина	3,3 ^Г	7,2 ^Г	9,8 ^Г	62,6 ^В
Болгария	—	14,8 ^Е	10,7 ^Е	64,1 ^Е
Хорватия	3,7	13,8	8,7	89,6
ЦВЕ в среднем	5,2	17,6	8,1	72,5
Чехия	6,3	19,7	8,5	72,1
Эстония	4,5	17,2	6,9	64,6
Венгрия	5,9	22,9	6,9	77,8
Латвия	5,5	18,0	—	—
Литва	6,0	21,7	8,2	73,8
Словакия	6,7	18,0	8,8	66,2
Словения	4,1	15,7	6,6	69,0
Македония	3,4 ^А	8,2 ^А	8,0 ^Е	53,7 ^А
СНГ				
Армения	3,8	5,9	8,9	31,6 ^А
Азербайджан	7,7	4,7	15,3	25,6
Беларусь	—	—	—	88,7 ^З
СНГ в среднем	8,2	19,7	12,7	85,4
Грузия	3,6	4,4	7,4	82,0 ^А
Казахстан	5,1	15,5	10,9	98,5
Киргизстан	4,3	12,2	10,3	86,8
Молдова	4,7	13,1	9,7	75,1
Российская Федерация	9,5	22,2	13,5	86,1
Таджикистан	5,7	9,1	12,0	55,1
Туркменистан	6,0 ^Д	12,4 ^Д	11,1 ^Д	72,1 ^Д
Украина	7,2	19,2	12,3	89,2 ^Г
Узбекистан	—	—	—	84,5

Источник: База данных «Здоровье для всех» Европейского регионального бюро ВОЗ.
^а 2001, ^б 2000, ^в 1999, ^г 1998, ^д 1997, ^е 1996, ^ж 1995, ^з 1994.

- улучшение организации оказания помощи — например, в соответствии с принципами делового управления;
- увеличение числа студентов-медиков;
- кампания по увеличению числа медицинских сестер и других медицинских работников.

В марте 2000 г. около 150 000 больных ожидали лечения в больницах общего профиля, и более чем 92 000 из них — больше месяца (23). К октябрю 2001 г. это число — в него не входят психиатрические и детские больницы — выросло до 185 000. Длиннее всего очереди в таких специальностях как ортопедия (35 000), общая хирургия (35 000), офтальмология (34 000) и пластическая хирургия (24 000); дольше всего ожидание в пластической хирургии: 12 недель на постановку диагноза и 23 недели на лечение (обе цифры примерно вдвое превышают средние).

По данным на конец 2001 г., общие социальные затраты, вызванные очередями, составляют 3,2 миллиарда евро в год. Сюда входят 1,9 миллиарда евро из-за потери благосостояния, 0,6 миллиарда евро, связанных с потерей дохода и работоспособности, 0,7 миллиарда евро, связанных с длительной нетрудоспособностью и 8,1 миллиарда евро из-за бюрократических процедур (24).

Чтобы справиться с очередями, голландское правительство ввело политику дополнительного финансирования там, где они ликвидированы. Это привело к некоторому успеху: согласно министерским отчетам «*Jaarbeeld Zorg*» за 2002 и 2003 гг., все виды очередей в сравнении с предшествующим годом сократились. Однако бюджет на 2003 г. был в результате значительно (до 2,2 миллиарда евро) превышен (из них 1,5 миллиарда евро пришлось на расходы системы ЧМР), причем в основном из-за прироста продуктивности. В обращении к парламенту от 27 января 2004 г. Государственный секретарь по здравоохранению сообщил, что на октябрь 2003 г. в сравнении с ноябрем 2002 г. очереди на помещение в дома престарелых и инвалидов и уход на дому сократились на 27%, с 74 382 до 54 244 человек.

В мае 2004 г. Министерство здравоохранения, социального обеспечения и спорта выпустило новый доклад (25), согласно которому очереди на госпитализацию в Нидерландах короче, чем предполагалось ранее. 95 000 (68%) из 139 000 людей, ждущих сейчас места в стационаре, могут попасть туда в ближайшие четыре или пять недель. Министерство полагает это разумным промежутком времени. 20% (28 000) стоящих в очереди не могут получить лечения благодаря недостатку мест в больницах, а почти 17 000 (12%) не могут или не хотят лечиться по личным либо медицинским причинам. Доклад советует больницам иначе разбивать больных на категории, чтобы сосредоточиться на людях, которым действительно нужно лечение и которые этого хотят.

«Сквозное» обслуживание

«Сквозное» обслуживание, «пронизывающее стены» существующей системы, появилось в начале 1990 гг. и с той поры быстро развивалось. Оно очень

разнообразно по форме и направлено на преодоление организационного и финансового разрыва между первичным обслуживанием (амбулаторная помощь) и специализированным больничным (стационарная помощь). В 1994 г. Национальный совет по общественному здоровью определил «сквозное» обслуживание как «обслуживание, приспособленное к нуждам больного, опирающееся на сотрудничество и координацию между работниками первичной и специализированной медицинской помощи, с общей ответственностью и четким распределением обязанностей» (18).

Это определение относится к разнообразным проектам, где медицинские работники по месту жительства и в больницах, всегда работавшие порознь, объединяются в целях повышения качества и рентабельности медицинской помощи. В «сквозном» обслуживании участвуют медицинские сестры с соответствующей специализацией, применяются специально разработанные рекомендации, методы помощи на дому, планирование выписки и другие методы. Оно часто охватывает определенные группы населения, скажем, хронических больных, которым периодически требуется неотложное лечение — больных раком, хроническими obstructивными заболеваниями легких, диабетом или ревматоидным артритом (26).

Несмотря на определенные успехи в повышении качества и рентабельности медицинской помощи, включение концепции «сквозного» обслуживания как новой сущности в структуру голландского здравоохранения столкнулось с некоторыми трудностями, и «подлинно комплексный подход, охватывающий все с первой встречи больного и врача до выписки из медицинского учреждения, а также удовлетворение социальных и домашних потребностей больных, а не только медицинских — в Нидерландах не достигнут еще нигде» (26).

Среди нерешенных проблем — сотрудничество медицинских работников между собой, регулирование объема обслуживания и финансирование. Главным препятствием на пути внедрения «сквозного» обслуживания считается жесткая финансовая структура голландского здравоохранения. В системе возмещения затрат сегодня очень мало, если они вообще есть, финансовых стимулов для внедрения таких проектов (см. раздел «Распределение средств»). Чтобы преодолеть финансовые препятствия, предложен ряд различных мер. Они должны либо сделать «сквозное» обслуживание более выгодным, либо обеспечить компенсацию за время, потраченное на него. В настоящее время большая часть «сквозных» проектов финансируется субсидиями и дотациями из местного либо центрального бюджета. Часто эти проекты не в состоянии получить постоянное финансирование после завершения экспериментальной фазы. Недавно создан правительственный комитет, цель которого — поддерживать и координировать исследования в области «сквозного» обслуживания. Ожидается, что такие исследования помогут справиться со сложностями при внедрении этих проектов.

Медико-социальная помощь

Психиатрическая помощь

Психиатрическую помощь в Нидерландах оказывает целый ряд организаций и отдельных профессионалов. Сюда входит как лечение психических расстройств, например, депрессий, так и забота о психических больных и умственно отсталых. На региональном уровне имеются центры амбулаторной психиатрической помощи (Regionaal Instituut voor Ambulante geestelijke gezondheidszorg, RIAGG), дома опеки (Regionale Instelling voor Beschermende Woonvormen, RIBW) и учреждения, где функции двух упомянутых типов организаций слиты с функциями психиатрических больниц (Algemeen Psychiatrisch Ziekenhuis, APZ). Кроме того, существуют центры, образованные психиатрическими больницами, амбулаторными психиатрическими центрами и психиатрическими отделениями больниц общего профиля (Psychiatrische Afdeling Algemeen Ziekenhuis, PAAZ). Они оказывают психиатрическую и психологическую помощь населению определенного района.

В принципе психиатрическая помощь доступна лишь по направлению от своего врача общей практики. Однако в острых, а тем более кризисных ситуациях можно обратиться за помощью непосредственно. Психиатрическая помощь по месту жительства заключается в постановке диагноза, лечении и надзоре, но не включает сестринского ухода. По месту жительства есть отделения региональных центров амбулаторной психиатрической помощи, поликлиники на базе психиатрических больниц, поликлиники на базе больниц общего профиля и университетских клиник, центры борьбы с наркоманией и алкоголизмом (Consultatiebureau voor Alcohol en Drugs, CAD) и многочисленные частные практики независимых психиатров и психотерапевтов.

Ядром стационарной психиатрической помощи являются психиатрические больницы; их коечный фонд составляет сейчас 1,7 коек на 1000 населения — иными словами, почти треть общего коечного фонда страны. Определение «психиатрическая больница» на самом деле включает целый ряд видов обслуживания. Сюда входят поликлиники и отделения для постоянного проживания, психиатрические отделения для престарелых (психогериатрические) и терапевтические сообщества, приемные отделения и специализированные подразделения для особых случаев, например, для лечения наркоманов и для проведения судебно-психиатрической экспертизы.

Психиатрические отделения больниц общего профиля и университетских клиник (Psychiatrische Universiteitsklinieken, PUK) в среднем не очень велики (примерно по 30 коек), и средняя продолжительность пребывания в них тоже не очень велика (5—6 недель).

К категории больничной психиатрической помощи относятся детские и юношеские психиатрические клиники, центры для лечения наркоманов, санатории для людей с тяжелыми неврозами и клиники судебной психиатрии. Общее число мест во всех таких учреждениях невелико.

Уход за больными

Наиболее важный вид медико-социальной помощи в Нидерландах — интернаты для хронических больных и дома престарелых (дома для проживания). В сравнении с другими европейскими странами уровень специализированной помощи для престарелых в интернатах и больницах, в том числе психиатрических, в Нидерландах едва ли не самый высокий. Пациенты домов для проживания — инвалиды, люди, лишенные социальных контактов или те, кто опасается жить один. Такие дома предлагают дневную программу обслуживания и питание. Медицинским обслуживанием занимаются врачи общей практики, за каждым пациентом закреплен определенный врач. Эти учреждения финансируются по Закону о ЧМР, и живущие там платят лишь небольшую сумму в зависимости от своего дохода. Выбирать дом престарелых (инвалидов) можно, только если вы согласны сами оплачивать все расходы. В остальных случаях заявка на проживание в таком доме подается в местное отделение Муниципальных комитетов по оценке потребностей (Gemeentelijke Indicatiecommissie). Устраивает пациента в дом престарелых или инвалидов работник социальной помощи либо медицинская сестра.

Инвалидов, которые не могут жить одни, помещают в интернаты. Им требуются постоянное комплексное обслуживание (уход, лечение, сестринские услуги и психологическая поддержка) и наблюдение. Ночью больные спят в спальне на четверых или шестерых, а день проводят в общей комнате. Решение о госпитализации в такой интернат принимает местное отделение Муниципальных комитетов по оценке потребностей. Стоимость пребывания в интернате оплачивается социальным страхованием согласно Закону о ЧМР. Бюджетом и порядком оплаты ведают 32 региональных медицинских бюро (regionaal verbindingskantoor), которыми на концессионной основе управляют ФМС.

Психогериатрические интернаты предназначены для престарелых с нарушениями интеллекта — чаще всего слабоумием. Обычно пациента госпитализирует в интернат команда специалистов разного профиля из регионального центра амбулаторной психиатрической помощи. Финансирование и комплексное обслуживание аналогичны обычным интернатам.

В табл. 12 приведены статистические данные по домам престарелых (для проживания) и по интернатам за 1989 и 2001 гг. Хотя число коек в обоих типах учреждений в 2001 г. — 168 600 (59 600 + 109 000) — мало в сравнении с общим числом людей старше 65 лет (2 230 000), на них уходит львиная доля государственных средств и средств социального страхования. Из-за того, что число психогериатрических больных растет, все заметнее сдвиг в распределении ресурсов. Ранее в домах престарелых и инвалидов имелись психогериатрические отделения. Ожидаемое снижение поступления здоровых пожилых людей объясняется изменениями в спросе и предложении в области ухода за престарелыми. Двадцать—тридцать лет назад дома престарелых пользовались спросом. Здоровые люди подавали заявку на место в них задолго до того, как это становилось им необходимо. Сейчас престарелые хотят возможно дольше жить у себя дома, в привычном окружении, в знако-

Таблица 12. Интернаты и дома для проживания (дома для престарелых), 1985—2001 гг.

	1985	1993	1999	2001
Интернаты				
Число мест на 1000 населения	3,4	3,5	3,7	3,7
Общее число учреждений	328	325	334	333
Обычные	138	76	49	44
Психогериатрические	82	65	57	47
Смешанного типа	108	184	228	242
Число мест	49300	53700	57500	59600
Обычные	15500	8200	4800	4300
Психогериатрические	11700	10700	9100	7800
Смешанного типа	19300	35000	43500	47500
Ежегодное поступление	41500	49400	55300	56300
Обычные	16800	8700	5600	4900
Психогериатрические	5400	5700	5400	4500
Смешанного типа	19300	35000	44400	46900
Дома престарелых, число проживающих на 1000 населения старше 64 лет				
Общее число учреждений	1575	1485	1366	1340 ^a
Число мест	148700	135300	112400	109000 ^a

Источники: Статистическое бюро Нидерландов (27, 28).

^a Приблизительно.

мом обществе, и муниципальные комитеты по оценке потребностей их в этом поддерживают. Кроме того, люди, у которых пенсия больше, согласны сами платить за помощь по дому, вспомогательные приспособления и переустройство дома. Поэтому дома престарелых утратили былую популярность, особенно дома без отдельных комнат и ванн.

Что касается предложения, то в последние 20 лет быстро развивались уход на дому и амбулаторная помощь. До недавнего времени объем сестринского ухода по месту жительства рос на 4% в год. Затем организации ухода на дому стали рентабельнее и при том же количестве персонала обеспечивали больше человеко-часов. В самих домах престарелых появились новые виды обслуживания: развозка обедов на дом; системы сигнализации для престарелых, живущих дома; временное поселение (например, когда заболевает сожитель) после госпитализации и как временная мера для отдыха тех, кто обычно ухаживает за больными; дневные стационары. Помещение в дом престарелых теперь откладывается из-за доступности обслуживания на дому и других услуг, а потому средний возраст поступающих в эти учреждения превышает 80 лет и продолжает расти. В домах престарелых для проживания

40% мест отведено для людей без инвалидности или с невысокой степенью инвалидности, а 60% должны быть приспособлены под обслуживание по интернатскому типу, главным образом для психогериатрических больных.

За последние несколько лет в этой области было много нововведений и экспериментов. В больницах общего профиля создаются гериатрические отделения. Однако эту модель часто критикуют за то, что она сосредоточена на постановке диагноза и медикаментозном лечении, на физическом состоянии, а также за чрезмерную специализацию. Тем не менее подход к делу с медицинской точки зрения может многое дать престарелым. Гериатрические отделения стараются делать основой объединенного медицинского и сестринского обслуживания, ухода и психологической помощи комплексную оценку.

Муниципальные комитеты по оценке потребностей также расширяют сферу своей деятельности. До сих пор они охватывали только госпитализации в дома престарелых и инвалидов. Эксперименты в Амстердаме, Гронингене и Утрехте должны объединить эту деятельность с подобной же деятельностью по уходу на дому, переделке дома и обеспечению персональными вспомогательными приспособлениями, такими как инвалидные кресла. Это приведет к созданию единой системы медицинской и социальной помощи престарелым и инвалидам и позволит ввести личные бюджеты. В данное время бюджеты существуют, с соблюдением жестких ограничений, лишь для ухода на дому. Больные могут выбрать медицинскую сестру из районной организации ухода на дому, найти кого-нибудь самостоятельно, через знакомых, или обратиться в коммерческую фирму. В последнем случае им выделяется личный бюджет, из которого они оплачивают обслуживание.

Разделение проживания и обслуживания — еще одно новое явление в помощи престарелым. Рост знаний и квалификации врачей общей практики и организаций ухода на дому, миниатюризация медицинского оборудования и приспособлений для ухода, все большее распространение электронной передачи данных и повышение приспособленности домов к переделкам — все это дает возможность везде, а не только в рамках соответствующих учреждений, предоставлять уход и медицинское обслуживание, как обычное, так и психогериатрическое. В провинции Утрехт в настоящее время существует программа ухода за престарелыми на дому, предоставляющая те же услуги, что и в интернатах.

Последним нововведением является подписка на обслуживание (*zorgabonnement*), когда живущие самостоятельно здоровые пожилые люди подписываются, например, на проживание в обычном доме для престарелых. В случае необходимости он оказывает им первую помощь и на необходимый в данном случае срок предоставляет поселение в своих стенах, питание и другие услуги. Такая система подписки гарантирует уход, давая подписавшемуся чувство защищенности и снова отодвигая постоянное поселение. Иногда стоимость подписки включается в цену, которую престарелые платят за так называемый «дом ухода и помощи».

При всех этих нововведениях в данной области не хватает финансов и кадров, мало учреждений, соответствующих современным требованиям, а

уровень частичной оплаты больными этих услуг постоянно растет. С одной стороны, из-за этого перспективы подобных новшеств многие видят в печальном свете. С другой стороны, пожилые будущего образованнее, чем пожилые прошлого; пенсии у них выше, и они привыкли выбирать из множества видов коммерческих товаров и услуг. Поэтому можно полагать, что будущее у этих нововведений все-таки есть. Ожидается, что произойдет небольшое увеличение объема обслуживания престарелых, финансируемое из социального страхования и налогов, и гораздо более значительное — объема обслуживания, которое оплачивают сами престарелые.

Очереди

Большой вопрос в Нидерландах — очереди на медико-социальную помощь. Они существуют и в региональных центрах амбулаторной психиатрической помощи, и в интернатах для престарелых и инвалидов — на госпитализацию. Несколько раз дело доходило до суда, где выносилось решение о том, что местные страховые организации обязаны предоставить соответствующие услуги. Поскольку социальное страхование дает на это право, нехватка средств отходит на второй план. Следовательно, если страховая организация не в состоянии предоставить данные услуги, то может быть наказана в финансовом отношении.

Медицинские кадры, обучение и практика

Медицинские кадры

Полные данные о числе людей, получивших медицинское образование и работающих в здравоохранении, в международном масштабе недоступны. Судя по имеющимся в разных источниках данным (табл. 13), число врачей в Нидерландах на 10% ниже среднего по ЕС, стоматологов — на 30% ниже, а число медицинских сестер значительно превышает среднее.

Медицинские сестры

С 1997 г. подготовка медицинских сестер без отрыва от работы (*Verpleegkundige*) прекращена. Теперь есть два пути их подготовки — среднее профессиональное и высшее профессиональное образование. Программа среднего сестринского образования требует предварительно четырех лет обучения в средней школе второй ступени (*Middelbaar Beroepsonderwijs-Verpleegkunde, MBO-V*), программа высшего — пяти лет.

Все зарегистрированные медицинские сестры, независимо от того, по какой программе обучались, могут получить углубленную специализированную подготовку. После введения Закона об отдельных медицинских профессиях (см. ниже) специализированное обучение медицинских сестер законом не регламентируется. Но большинство таких специализированных программ признаны как объединениями самих сестер, так и объединениями

Таблица 13. Работники здравоохранения, 1980—2002 гг.

На 1000 населения	1980	1985	1990	1995	2000	2001	2002
Врачи	1,91	2,22	2,51	—	3,22	3,28	3,15
Врачи общей практики	0,40	0,49	0,46	0,46	0,49	0,49	0,50
Стоматологи	—	0,49	0,50	0,47	0,47	0,47	0,47
Фармацевты	—	0,13	0,15	0,16	0,19	0,2	—
Медицинские сестры	3,62 ^a	6,00	8,63	—	12,97	13,28	—
Акушерки	0,06 ^a	0,07	0,08	0,09	0,10	0,11	0,11
Выпуск врачей	—	0,10	0,10	0,09	0,09	0,09	0,10
Выпуск медицинских сестер	—	0,55	0,51	0,45	0,29	0,37	0,40

Источник: База данных «Здоровье для всех» Европейского регионального бюро ВОЗ.

^a Данные за 1978 г.

их нанимателей. Специализированная сестринская подготовка направлена на получение дополнительных знаний и квалификации, которых один лишь клинический опыт не дает. Все признанные виды специализации медицинских сестер нацелены на определенные категории больных (к примеру, интенсивная терапия взрослых, детей, новорожденных, кардиологических больных).

Врачи

Историческая справка

Профессия врача в Нидерландах с 1818 г. защищена законом. Ранее не предъявлялось никаких специальных требований к медицинской профессии. В 1849 г. ситуация изменилась: была образована Голландская королевская медицинская ассоциация (Koninklijke Nederlandsche Maatschappij ter bevordering van de Geneeskunst, KNMG), и с 1949 г. начала реорганизацию медицинского образования. Ее члены, все — выпускники университетов, сыграли решающую роль во введении важнейшего законодательства, касающегося деятельности врачей: Закона о медицинской практике (Wet op de Uitoefening van de Geneeskunst, WUG) от 1865 г. Он утвердил единообразие университетского образования и укрепил правовую защиту профессии (защиту профессии и звания). Он признавал лишь врачей с университетским дипломом (теперь они называются докторами медицины). До самого последнего времени это законодательство в основе своей оставалось неизменным.

Недавно коренным образом переработаны законодательство и регулирующие постановления здравоохранения. Главным итогом этой переработки стал Закон об отдельных медицинских профессиях, регулирующий медицинскую практику (см. «Занятия медициной»).

Первая ступень врачебного образования

В настоящее время в университетах количество мест для студентов-медиков фиксировано — это значит, что в университет принимается ограниченное число студентов. После того как желающих поступить разбивают на категории по их среднему баллу, большинство мест распределяется по жребию: те, у кого средний балл на выпускных экзаменах наивысший, имеют больше шансов попасть в университет.

Медицинское образование разбито на две ступени: первая дает возможность получить степень магистра и состоит из двух частей: первый год обучения и старшие курсы (со второго по четвертый год) с экзаменами в конце первого и четвертого года. Согласно академическому уставу, экзамены за первый год должны включать следующие предметы: введение в строение человеческого тела, его основные жизненные функции (в биологическом и психосоциальном смысле) и их развитие; введение в нарушения деятельности человеческого тела и его основных жизненных функций; введение в здравоохранение; научные основы этих предметов.

После старших курсов добавляются предметы, посвященные диагностике и лечению отклонений в строении человеческого тела и нарушений его основных жизненных функций, а также медицинскому обслуживанию — включая первичную медицинскую помощь.

Вторая ступень врачебного образования

Вторая ступень врачебного образования длится два года (пятый и шестой год обучения) и завершается экзаменами на степень доктора медицины. На второй ступени студентов допускают в клинику. Степень доктора медицины дает право заниматься медицинской практикой. В Нидерландах медицину преподают в восьми университетах: в Амстердаме (два университета), Гронингене, Лейдене, Маастрихте, Неймегене, Роттердаме и Утрехте.

Те, кто получил степень доктора медицины, но (еще) не прошли дополнительное обучение, все равно имеют полное право заниматься медициной. Однако они не должны выходить за пределы своих знаний и компетенции. Они могут называть себя врачами и по закону имеют право прописывать лекарственные средства и выдавать медицинские свидетельства, например, свидетельство о смерти.

Лицензирование и последипломное врачебное образование

Нынешнее законодательство, касающееся различных медицинских профессий, не регламентирует медицинскую специализацию. Есть, однако, ряд дополнительных курсов, которые можно пройти, получив степень доктора медицины: подготовка на специалиста, на врача общей практики, на медико-социального работника, аспирантура (Assistent in Opleiding, AiO / Doctoraal, Dr. programma's). Соответствующие профессиональные ассоциации выработали собственные положения по признанию и регистрации медицинских специалистов, медико-социальных работников и врачей общей практики. Хотя они относятся к области частного права, но имеют важное

общественное значение, вот почему расцениваются как наполовину официальные.

В зависимости от специальности, обучение на специалиста длится от 4 до 6 лет. Сейчас есть 29 признанных специальностей. Обучение ведут официально утвержденные преподаватели в официально признанных институтах. Утверждением и регистрацией медицинских специалистов занимаются следующие органы: Центральная коллегия медицинских специалистов (Centraal College Medische Specialismen, CC), Комитет по регистрации специалистов (Specialisten Registratie Commissie, SRC) и Комитет по апелляциям (College van Beroep, CvB). Центральная коллегия состоит из полноправных членов (представители медицинских факультетов университетов и официально зарегистрированные специалисты), а также из консультантов (представители министерства здравоохранения, Национального больничного совета (Nationale Ziekenhuis Raad, NZR) и два интерна). Они определяют, какие разделы медицины признаются специальностями и какие требования должны предъявляться к учебным программам, преподавателям и учебным заведениям. После одобрения министром образования и науки решения по этим вопросам обретают юридическую силу. Министр может наложить на любое решение вето. Комитет по регистрации специалистов состоит из представителей признанных специальностей; кроме собственно регистрации, он отвечает за выполнение решений Центральной комиссии — то есть утверждение определенных специалистов в качестве преподавателей, признание определенных институтов и их инспекцию. Специалисты удаляются из списка, если на протяжении пяти лет не работали регулярно по специальности. Лицо, обучающееся на врача-специалиста, называется врач-интерн (Assistant Geneeskundige in Opleiding, AGIO). Интерн имеет право заниматься медициной в рамках собственной квалификации. Его правовое положение защищают учебный устав и контракт на обучение, связанный с рабочим контрактом, который он заключает с больницей. Положения контракта помогают свести воедино многочисленные обязанности интерна, устанавливая продолжительность рабочего дня, оговаривают его ответственность, способствуют разрешению конфликтов и т.д.

Врач-специалист обычно относится к категории самостоятельно работающих, за исключением некоторых категорий врачей, нанятых учебными (университетскими) клиниками, психиатрическими клиниками и реабилитационными центрами. В любом случае специалисты в своей работе часто зависят от больниц и амбулаторных учреждений. У них есть типовый контракт с больницей, где оговорены такие пункты, как условия допуска в больницу, личные обязанности и подчиненность. Важное значение имеют также правила для персонала, поскольку в них изложены основные положения, касающиеся организации больницы, ее цели и виды деятельности персонала. Как члены штата больницы, специалисты обладают коллективным правом голоса в больничных вопросах.

1. Врач общей практики. В 1973 г. Голландская королевская медицинская ассоциация добавила в свои правила пункт о признании и регистрации врачей общей практики, а с 1989 г. распространила их на врачей в интернатах

для престарелых и инвалидов. Преподаватели ведут обучение по специальности «врач общей практики» совместно с университетами через систему Академических институтов врачей общей практики (Universitair Huisartengeneeskunde instituut, UHIs). Совет врачей общей практики и работников интернатов (College voor Huisartsgeneeskunde, CHG) определяет, каким требованиям должны удовлетворять преподаватели, институты и учебные программы. Комитет по регистрации врачей общей практики (Huisarten registratie commissie, HRC) следит за выполнением решений и регистрирует врачей. Комитет по апелляциям врачей общей практики и работников интернатов (Huisarts en Verpleeghuisarts Registratie Commissie, HVRC) рассматривает жалобы на решения Комитета по регистрации. Чтобы заключить контракт с одним из ФМС, официально числиться в списке врачей общей практики в Нидерландах необходимо; не допускается одновременная регистрация в списке врачей общей практики и списке медицинских специалистов либо медико-социальных работников. Как и в случае со специалистами, врач общей практики может быть исключен из списка, если на протяжении пяти лет не работал регулярно по специальности.

Согласно директиве Европейской комиссии от 1986 г., на врача общей практики нужно учиться по меньшей мере 2 года. В Нидерландах длительность обучения увеличена до 3 лет. Подготовка имеет теоретическую и практическую часть; чтобы попасть в число обучающихся, нужно ждать от двух с половиной до четырех лет. Распределения мест по жребию здесь нет.

- 2. Медико-социальный работник.** В 1930 г. была основана Голландская объединенная ассоциация социальной медицины. В 1956 г. Голландская королевская медицинская ассоциация добавила в свои правила пункт о признании и регистрации медико-социальных работников (специалистов в сфере социальной медицины). Одновременно, чтобы определить, какие требования следует предъявлять к их подготовке, был основан Институт подготовки специалистов по социальной медицине (Opleiding Sociale Geneeskunde, OSG). В социальной медицине несколько направлений: трудовая и промышленная медицина (с 1961 г.), забота о здоровье подростков (с 1962 г.), страховая медицина (с 1964 г.), общая медицина (с 1965 г.), особые виды социальной медицины (с 1974 г.), общая социальная медицина (с 1984 г.) и спортивная медицина (с 1986 г.). В 1986 г. основано новое пробное направление, посвященное гигиене окружающей среды. Все направления социальной медицины связаны друг с другом, и любая требует как минимум двух лет обучения. В это время те, кто обучаются, работают по выбранной ими специальности; в обучении не должно быть перерывов. Статья 1071 внутренних правил и положений Голландской королевской медицинской ассоциации гласит, что нельзя одновременно проходить подготовку по двум разным специальностям; можно, однако, одновременно зарегистрироваться в качестве медицинского специалиста и медико-социального работника. Каждый, кто не работал по своей специальности свыше 5 лет, исключается из списка (статья 1074).

3. Аспирантура. Любой доктор медицины имеет право на четырехлетнее обучение в аспирантуре. Аспирант (АЮ) обладает достаточной квалификацией для проведения независимых исследований.

Занятия медициной

У ныне действующего Закона об отдельных медицинских профессиях долгая история. В 1967 г. был образован отдельный Государственный комитет по медицинской практике, чтобы решить вопрос, не следует ли смягчить ограничения на занятия медициной. В 1973 г. комитет предложил сменить общий запрет на занятия медициной запретом ограниченного числа видов медицинской деятельности. Это предложение легло в основу законопроекта об отдельных медицинских профессиях, разработанного в 1981 г. В 1986 г. законопроект был представлен во Вторую палату и 23 декабря 1993 г. принят в качестве закона.

Пересмотр существующего профессионального законодательства в области медицины был необходим по следующим причинам:

- Закон о медицинской практике устарел: хотя он постоянно нарушался, но с этим ничего нельзя было поделать (а, возможно, и не нужно). Центральным вопросом голландского общества являлся выбор гражданами методов лечения или диагностики. Строгое применение Закона о медицинской практике ограничивало свободу выбора настолько, что требовалось новое законодательство; старое следовало пересмотреть.
- Право медицинских сестер и другого младшего и среднего медицинского персонала на выполнение определенных действий требовало опоры на законодательство, чтобы исключить широко распространенную ситуацию, когда медицинские сестры действуют лишь на основании явного или неявного разрешения врача.
- С годами появился ряд новых медицинских специальностей, которые желательнее было признать официально.
- Медицинское дисциплинарное судопроизводство следовало приспособить к изменениям в обществе: улучшить положение истцов, изменить формулировку дисциплинарных положений на более современную, сделать разбирательство более открытым и изменить состав дисциплинарных комитетов.

Закон об отдельных медицинских профессиях от 1993 г. позволяет каждому голландцу он или нет, работать в сфере индивидуальной медицинской помощи, с учетом установленных ограничений и без использования охраняемого законодательством профессионального титула или ученой степени. У выпускника иностранного медицинского института есть два способа получить право на использование титула или степени. Во-первых, есть общее правило: министерским приказом устанавливается перечень иностранных дипломов, которые дают уровень образования, равный голландскому. Обладатели таких дипломов имеют право регистрироваться или использовать определенную ученую степень. Министр здравоохранения может ратифицировать дипломы в зависимости от национальности владельца. В соответствии с положениями ЕС дипломы врачей, стоматологов, фармацевтов, аку-

шеров и медицинских сестер из стран-членов ЕС признаются и ратифицируются всегда.

Второй способ — для обладателя иностранного диплома, который не подпадает под общее правило, или чья национальность там не упомянута — обратиться к министру здравоохранения за признанием. Министр может выдать сертификат, удостоверяющий, что квалификация данного лица достаточна для регистрации, и он имеет право на использование ученой степени. Сертификат может быть выдан условно: либо в отношении длительности регистрации, либо в отношении ограничений на профессиональную деятельность. Комитет, созданный для решения этих вопросов, консультирует министра по вопросу регистрации дипломов (общее правило) и выдачи сертификатов (индивидуальные правила). Обращение выпускника иностранного учебного заведения за регистрацией или за правом пользоваться ученым званием будет отклонено, если он, временно или постоянно, полностью или частично, больше не имеет права практиковать за рубежом в результате судебных, дисциплинарных или административных мер.

В Законе об отдельных медицинских профессиях запрет на занятия медициной всем, кроме докторов медицины, заменен системой «ограниченно разрешенных занятий» (действий, которые позволены только зарегистрированным врачам или другим указанным в законе группам лиц). Список таких занятий должен, как предполагается, включать наиболее опасные действия, которые могут выполнять лишь компетентные люди. Поскольку медицина быстро меняется, статья 37 дает возможность вносить в этот список изменения. В список, приведенный в статье 36, входят: хирургические операции, акушерская помощь, эндоскопия, катетеризация, инъекции, пункции, анестезия, работа с ионизирующими излучениями, плановая кардиоверсия, дефибриляция, электросудорожная терапия, применение литотриптора в медицинских целях и манипуляции с человеческими репродуктивными клетками и эмбрионами.

Врачи — единственные профессионалы в области медицины, которые имеют право производить все вышеперечисленные действия, если считают себя достаточно квалифицированными. Помимо врачей, на определенные действия имеют право стоматологи и акушерки, опять же если их квалификация достаточна для этого.

Закон об отдельных медицинских профессиях законодательно защищает удовлетворяющие его критериям звания специалистов; следовательно, уставы профессиональных организаций должны одобряться министром здравоохранения. Использовать данное звание имеют право лишь официально признанные специалисты. Профессиональной организации может быть отказано в одобрении ее устава, если он не удовлетворяет существующим требованиям или не соблюдается должным образом. Правительство само может разработать устав, например, в случае, когда профессиональной организации не существует, или если она не сделала этого сама. Профессиональное регулирование касается тех специальностей, где существует регистрация (статья 3), т.е. врачей, стоматологов, медицинских сестер и т.д.

Виды медицинской деятельности

Бросается в глаза, что из «ограниченно разрешенных занятий» согласно новому закону исключено многое, что содержал Закон о медицинской практике: например, постановка диагноза. Это должно придать законность многому, что стало привычным, например, лечению у так называемых специалистов по альтернативной медицине. Правовые действия предпринимаются лишь в случае опасности для здоровья населения. Например, никак не преследуются гипнотизеры и специалисты по иглоукалыванию, хотя согласно Закону о медицинской практике они занимаются медициной, не обладая надлежащей квалификацией. В Законе о медицинской практике консультации по лечению заболевания, даже если им не предшествовал осмотр больного, рассматривались как занятия медициной, в то время как по Закону об отдельных медицинских профессиях это уже не так.

Закон об отдельных медицинских профессиях дает право выполнять «ограниченно разрешенные действия» другим работникам здравоохранения, помимо врачей, стоматологов и акушерок — например, медицинским сестрам — если они работают под руководством одного из упомянутых профессионалов.

При помощи нормативной инструкции можно также создать отдельный набор прав для медицинских работников, к которым применяется система регистрации и защиты профессиональных титулов (статьи 18—33) или ученых степеней (статья 34). Особые правила разработаны для тех, кто действует фактически независимо: нормативная инструкция дает им право самостоятельно выполнять некоторые ограничено разрешенные действия. Иными словами, они могут действовать без надзора или возможности вмешательства лица, отдавшего распоряжение. Однако получить такое распоряжение все равно необходимо. Если ограничено разрешенные действия выполняются медицинским работником, не обладающим квалификацией, необходимой по статьям 35—39 данного закона, или же лицом с достаточной квалификацией, но без веской причины, эти действия подлежат юридической оценке согласно статье 97.

Помимо системы ограничено разрешенных действий Закона об отдельных медицинских профессиях, которая дает врачам право выполнять упомянутые действия в рамках своей квалификации, определенные права и обязанности врачей оговаривает ряд других законов, таких как Закон о прерывании беременности (*Wet Afbreking Zwangerschap, WAZ*), Закон об инфекционных заболеваниях (*Infectieziektenwet*), Закон о запасах крови (*Wet inzake Bloedvoorziening*) и Закон о скорой помощи (*Wet Ambulancevervoer*).

Меры наказания

Полный запрет на занятия медициной сменился системой ограничено разрешенных действий; это, однако, недостаточная защита от некомпетентных действий медицинских работников. Регистрация и защита титулов и степеней согласно Закону об отдельных медицинских профессиях гарантирует больным, что медицинскую помощь им окажут профессионалы, уровень

образования которых соответствует требованиям закона и которые имеют право на свои звания и титулы.

Закон об отдельных медицинских профессиях предусматривает два вида защиты титулов и степеней. В статьях 3—33 описаны те профессии, где существует регистрация и система защиты профессиональных титулов. Медицинский работник может на законных основаниях использовать титул, только если зарегистрирован в соответствующем списке. Регистрация возможна лишь при соответствии изложенным в законе стандартам для этой конкретной профессии. Правила составления регистрационных списков также регулируются законом. Существует также система защиты ученых степеней. В статье 34 говорится, что профессиональное образование может регулироваться нормативными инструкциями, в которых указывается область компетенции данной профессии. Право на ученую степень дает завершение образования.

Статьи о наказаниях (статьи 96—103) согласуются со статьями уголовного кодекса. Статья 96 — так называемая «статья о нанесении ущерба». Нанесение ущерба или значительная угроза ущерба третьей стороне при действиях медицинского характера наказывается 6 месяцами тюрьмы или штрафом «третьей категории». Виновник может быть также лишен права работать по специальности. Статья 97 оговаривает наказание за проведение ограничено разрешенных действий без необходимой квалификации. Здесь возможны максимально 3 месяца тюрьмы либо штраф «второй категории» (либо и то, и другое).

Лекарственные средства

Основной принцип фармацевтической политики Нидерландов — безопасная и доступная по средствам всеобщая фармацевтическая помощь. Фармацевтической политикой ведает министерство здравоохранения, и основных целей у нее три. Первая — обеспечение качества производства, распространение лекарственных средств и обеспечение ими. Вторая — контроль расходов на лекарственные средства. Третья — внедрение разумного потребления лекарств больными и продуманного, с учетом их стоимости, подхода к их назначению.

Обеспечение качества

Для здоровья населения большое значение имеют и качество лекарственных средств, и то, как они применяются. По этой причине доступ лекарственных средств на рынок регулируется законом, а на всех стадиях их производства — от приготовления до поставки потребителям — имеются официальные стандарты качества. Многие требования и нормативы берут начало в европейской законодательной системе. После образования ЕС национальные законы стран-членов ЕС в том, что касается медицинских продуктов, в значительной степени были согласованы между собой.

В целях охраны здоровья населения новые лекарственные средства допускаются на рынок только после оценки государством их качества и безопасности.

Закон следит за тем, чтобы лекарственные средства производились, хранились, перевозились и применялись должным образом. Поскольку применение лекарственных средств может быть опасным, снабжение ими больных также регулируется законом. Рецептными лекарственными средствами больной может снабжать только фармацевт или врач общей практики, имеющий право на отпуск лекарств. Такое право дается врачам там, где нет поблизости аптеки. Так называемые безрецептурные средства для самостоятельного лечения (к примеру, аспирин) могут продавать как лицензированные фармацевты, так и аптекари без лицензии. В сравнении с другими европейцами, голландец меньше пользуется лекарствами для лечения легких заболеваний (29).

Одна из задач Инспектората по здравоохранению — следить, чтобы данные предписания выполняли все, кого они касаются.

Доступ на рынок

Согласно Закону о снабжении лекарственными средствами (*Wet op de Geneesmiddelenvoorziening, WGV*) от 1958 г., лекарственные продукты в Нидерландах могут попасть на рынок лишь после положительного заключения об их качестве, безопасности и эффективности, выданного Комиссией по оценке лекарственных средств. Регистрация означает, что производитель получает лицензию на торговлю данным продуктом. С 1995 г. внутри ЕС есть два типа торговых лицензий. Лицензия Европейской комиссии дает доступ на рынок во всех странах-членах ЕС, а лицензия, выданная национальным агентством, действует только на территории данного государства. С 1 января 1998 г. фирма, получившая лицензию на продажу определенного лекарственного средства в одной стране ЕС, имеет право потребовать от других стран ЕС признать законность лицензии, выданной в первой стране. Согласно такой процедуре «взаимного признания», единственной причиной, на основании которой страна ЕС может возражать против признания лицензии, выданной в другой стране ЕС, является защита здоровья населения. Окончательное решение Европейской комиссии обязательно для остальных стран ЕС. Несмотря на оценку качества на уровне отдельных стран и всего ЕС, нельзя полностью исключить непредвиденные побочные эффекты или нежелательные взаимодействия с другими лекарственными средствами. Иногда это обнаруживается только в ходе дальнейшего применения в клинике. Для регистрации и оценки таких случаев существует система мониторинга как на национальном, так и на общеевропейском уровне. Все производители и оптовые компании должны иметь план действий по быстрому и эффективному удалению с рынка бесполезных или опасных лекарственных средств.

Сдерживание затрат

За последние годы расходы на лекарственные средства выросли (см. табл. 7). Частично это можно объяснить ростом числа назначений. Чтобы урезать объем назначений рецептурных средств (немалый уже в начале 1980 гг.), в системе обязательного страхования была введена частичная оплата лекарств: твердая сумма за рецепт (1983 г.). Общее количество назначений существенно снизилось. Однако возросло число различных препаратов в одном рецепте и размер назначения (объем выписанных в одном рецепте препаратов). Вся экономия средств, полученная с помощью частичной оплаты, съедалась этим увеличением объема (20). Тогда было ограничено максимальное число лекарственных средств в одном рецепте. Кроме того, фармацевтам было позволено прописывать более дешевые лекарственные средства, обладающие тем же действием. Часть разницы в цене между фирменным препаратом и более дешевым продуктом, на который его заменяли, фармацевт мог оставить себе.

Однако важнее другая причина роста расходов — появление и распространение новых дорогих лекарственных средств. Чтобы гарантировать прежнюю общедоступность фармацевтической помощи, правительство стремится держать стоимость лекарственных средств под контролем. Поэтому министр здравоохранения решает, включать ли новое лекарственное средство в основной перечень системы ФМС. Точно так же он имеет право удалять из этого перечня устаревшие и не применяемые более средства. Существует государственная система оплаты лекарственных средств — часть пакета услуг системы ФМС — которая согласно Закону о ценах на лекарственные средства (*Wet Geneesmiddelen Prijzen, WGP*), принятому в середине 1996 г., устанавливает максимальные цены на лекарственные продукты. Государство поддерживает также ценовую рыночную конкуренцию, чтобы цены были возможно ниже. Наконец, есть методы, направленные на то, чтобы помочь врачам общей практики разумно назначать лекарственные средства, а также поощрять фармацевтов и врачей обеспечивать больных наиболее дешевыми из доступных препаратов.

Включение лекарственного средства в список системы ФМС

После того как лекарственное средство допущено на рынок, государство должно еще решить, включать ли его в список оплачиваемых. От того, возмещается ли стоимость данного лекарства, зависит его доступность для больных. Не все зарегистрированные препараты автоматически оплачиваются. Некоторые лекарственные средства оплачиваются лишь частично, а в других случаях, прежде чем принять решение, нужны дальнейшие исследования. При этом главное — обладает ли данный продукт лучшим лечебным действием и не превышает ли стоимости сходного средства, уже имеющегося в списке. Кроме того, должны быть четко указаны заболевания и категории больных, для которых предназначено данное средство. Новые лекарст-

венные средства обычно дороги, и даже очень взвешенный подход к их допуску все равно не может снизить связанные с их появлением значительные затраты. Признавая это, государство готовится постепенно увеличить фармацевтический бюджет, для чего есть четыре способа. Во-первых, будут выделены дополнительные средства в пределах, установленных для роста расходов в государственном секторе. Во-вторых, в фармацевтический бюджет будут переданы средства, сэкономленные в других секторах. В-третьих, будут изысканы средства из имеющегося бюджета путем переработки существующего списка лекарственных средств. И наконец, поощряется более рентабельный порядок назначений, цель которого — при том же бюджете помочь большему количеству людей.

Совершенствование списка лекарственных средств

В 1996 г. список лекарственных средств системы ФМС пересмотрели с точки зрения их необходимости и эффективности, чтобы получить перечень доступных по средствам и высококачественных лекарств. В результате 1 апреля 1996 г. значительное число лекарственных препаратов удалено из списка.

Регулирование оплаты лекарственных средств

Положения ФМС о снабжении лекарственными средствами от 1996 г., основанные на Постановлении о чрезвычайных медицинских расходах (лечение и услуги), регулируют право клиентов ФМС на лекарственные средства, отпускаемые вне больницы. Существует исчерпывающий перечень оплачиваемых лекарственных средств. Вообще говоря, тот же список применим и к владельцам частных страховых полисов. Лекарственные средства в больнице — часть больничного обслуживания и входят в больничный бюджет.

Система возмещения расходов на лекарственные средства определяет уровень их оплаты фондами медицинского страхования. Это относится как к рецептурным препаратам, так и к средствам для самостоятельного лечения. В рамках этой системы, установленной Законом о ценах на лекарственные средства, уровень возмещения затрат основывается на средней цене лекарственных средств, которые обладают сходным действием, взаимозаменяемы и поэтому могут считаться группой (система «базовых цен»). Если цена лекарственного средства выше средней по группе, разницу в стоимости должен платить потребитель. На практике обычно есть достаточно широкий выбор, чтобы обойтись полностью оплачиваемыми препаратами. С 1 июля 1993 г. добавление в список новых препаратов, как правило, ограничено теми, что можно включить в группу взаимозаменяемых средств. Если новые лекарственные средства не годятся в существующие группы, они допускаются (и полностью оплачиваются), только если предназначены для лечения заболевания, для которого ранее лекарственных средств не было, или если новые средства дешевле старых.

Должное применение лекарственных средств

После того как лекарственное средство допущено на рынок и включено в список оплачиваемых, нужно добиться того, чтобы те, кто назначает лекарства (врачи общей практики и фармацевты), делали это уместно и осмотрительно. Кроме того, следует стремиться к тому, чтобы больные применяли лекарственные средства разумно и без риска, для чего распространять среди них соответствующую информацию. Поддерживать разумный порядок назначений и рентабельное снабжение лекарственными средствами можно различными способами: среди них разработка рекомендаций и стандартов по порядку назначений. В дополнение к этому введены показатели уровня компетентности, а также практика оценки деятельности врачей коллегами. Повышение рентабельности достигается также с помощью контрактных соглашений по использованию справочников и через указание в рецепте активного вещества, а не фирменного названия.

Другая важная сторона этого процесса — распространение среди врачей и фармацевтов независимой информации о лекарственных средствах через ряд изданий, таких как «Бюллетень по лекарственным средствам» и «Рекомендации по лекарственной терапии». Общенациональные организации врачей общей практики и фармацевтов при поддержке государства создали национальную сеть консультаций по лекарственной терапии, состоящую из 650 местных групп; ее цель — улучшить фармацевтическое обслуживание и выработать коллективные соглашения в этой области. Крайне важно, чтобы больные получали точную и полную информацию: это даст им возможность разумно и без риска применять лекарственные средства и предотвратит или хотя бы снизит их избыточное потребление. К этому должны стремиться все: производители, врачи общей практики и фармацевты. Информация о правильной дозировке, противопоказаниях и побочном действии должна быть приведена на упаковке и на требуемом по закону информационном листке для потребителя, причем изложена понятным языком. Организации больных и потребителей, врачи, фармацевты и правительство совместно координируют поступление информации из разных источников, чтобы повысить информированность больных. Ведутся также интенсивные информационные кампании по разумному применению лекарственных средств, обращенные к определенным группам населения, например, престарелым или некоторым группам больных. Последнее по порядку, но не по важности — государство субсидирует Информационную службу по лекарственным средствам. Каждый год около 40 000 потребителей звонят туда, чтобы задать опытным фармацевтам вопрос о лекарственных средствах. Эта бесплатная телефонная служба поддержки, по-видимому, удовлетворяет потребность в надежной и объективной информации, которую анонимно нельзя получить по другим каналам (29).

Оценка медицинских технологий

В последние 15 лет оценка медицинских технологий распространяется в Нидерландах все шире. Введено также законодательство, регулирующее внедрение новых технологий.

Регулирование применения современной медицинской техники

Регулирование медицинских технологий началось в 1960—1970 гг.: технический прогресс в медицине привел к заметному росту расходов здравоохранения. Одной из главных причин этого правительство Нидерландов считало массовое строительство новых больниц и других лечебных учреждений. В 1971 г. был введен Закон об обеспечении стационарной помощью — основное орудие государственного планирования. Он наделяет государство правом регулировать все строительство больниц и других лечебных учреждений. Основная его цель — дать министру здравоохранения возможность координировать этот процесс по всей стране, чтобы гарантировать максимальный доступ населения к медицинской помощи.

Внедрением этого плана занимаются органы управления здравоохранением в провинциях. Статья 18 Закона об обеспечении стационарной помощью посвящена планированию общенациональных, высокотехнологичных медицинских учреждений. Закон требует от руководства больниц, которая хочет предоставлять такие услуги, получить одобрение непосредственно у министра здравоохранения. Если министр полагает, что данная технология или медицинская услуга должна регулироваться согласно статье 18, публикуется документ, содержащий общие рекомендации (такие как оценка потребности в услуге, критерии качества, которым должна удовлетворять больница, и другие существенные детали). Министр просит Совет по вопросам здоровья собрать сведения о научной основе данной технологии, ее безопасности, эффективности и должном применении. Статья 18 обычно относится к дорогим, технически сложным, вышедшим из стадии эксперимента методикам, доступным лишь в немногих учреждениях, для которых можно количественно оценить потребность в них.

Первоначально статья 18 применялась главным образом для того, чтобы сдержать распространение технологий и как следствие — рост расходов, ограничивая число приборов (например, сканеров для компьютерной томографии, линейных ускорителей и установок для диализа) и объем процедур (31). Однако постепенно государство начало применять ее при планировании, чтобы добиться нужного распределения технологий по стране и концентрации приборов, повысить квалификацию и качество, и главными целями стали рентабельность и уместность применения. Статья 18 стала использоваться не только для контроля при закупке оборудования, но и при регулировании специализированных технологий в целом — например, генодиагностики и генетических консультаций, интенсивной терапии новорожденных, экстракорпорального оплодотворения. С 1984 г., когда была введена всеобщая бюджетная система для больниц, правительство больше не пытается регулировать объем процедур — теперь это определяется во вре-

мя переговоров между больницами и страховыми организациями при составлении годового бюджета (31).

Другое изменение — статья 18 стала более гибкой. Ранее для любой технологии существовал четырехлетний оценочный период, а теперь к каждой подходят индивидуально, и если данная технология (например, сканеры для компьютерной томографии) становится стандартной процедурой, а не ограничивается лишь небольшим числом учреждений, регулирование может быть полностью отменено.

Первоначально статья 18 касалась муниципальных больниц, поскольку университетские клиники подчинялись Министерству образования и науки. Но с 1985 г. Министерство здравоохранения и Министерство образования и науки начали сотрудничать, чтобы не затруднять оценку по статье 18. В 1990 г. Закон о научном образовании (*Wet op het Wetenschappelijk Onderwijs, WWO*) и Закон об обеспечении стационарной помощью перевели университетские клиники под управление министра здравоохранения (в той мере, в какой их деятельность касается здравоохранения).

Лучше стали согласоваться со статьей 18 и решения об оплате. Поскольку одобрение по статье 18 подразумевает деньги, за таким одобрением обычно следуют решения о возмещении затрат. Для ряда технологий подсчитаны определенные финансовые параметры, которые используются при составлении бюджета (например, для пересадок костного мозга). Недавнее применение статьи 18 было увязано с процессом оценки в рамках Программы по экспериментальной медицине (*Ontwikkelingsgeneeskunde*). Это должно гарантировать, что новые, еще не оцененные технологии не разойдутся широко по системе здравоохранения, пока не будут получены и истолкованы результаты.

Поскольку исследовательский фонд берет на себя затраты по оценке, статьей 18 пользуются, чтобы отказывать другим больницам в применении новой технологии. В подобных случаях решение принимает министр здравоохранения после совещания с такими органами, как Комиссия по медицинскому страхованию и Совет по вопросам здоровья.

В общем и целом, статья 18 работает. Благодаря ей нет избыточности предложения, и она способствует эффективному применению новых технологий. Больницы, которые не считаются с правилами, подвергаются санкциям, а страховые фонды не возмещают им расходы. Однако это бюрократическая процедура, которая отнимает много времени. Лишь малая часть из тысяч технологий в системе здравоохранения контролируется этой программой (примерно 3% общих расходов здравоохранения и около 9% всех больничных расходов). В последние годы министр здравоохранения стремился к более гибкому и эффективному подходу. В результате появился новый Закон о специальных медицинских процедурах, введенный в 1998 г. Он сосредоточен прежде всего на качестве помощи и должном применении медицинских технологий, а не на сдерживании расходов. Качество все чаще оценивается по результатам лечения. Главная цель повышения качества — медицинская помощь с максимальной пользой и минимальным риском для больных и с приемлемыми для системы здравоохранения затратами. Де-

монстрация качества признана важной задачей при оценке медицинских технологий. Оценка технологии могла бы помочь повысить лечебную ценность и рентабельность медицинской помощи, особенно там, где методы, которые дают хорошие результаты при каком-то одном показании, применяются в других случаях, где пользы от них нет или она не доказана (31).

Оценка медицинских технологий. За решения, касающиеся принятия и распространения новой технологии, традиционно отвечает Совет по вопросам здоровья. Этот влиятельный орган устанавливает, какие технологии оплачиваются через государственные страховые схемы. Большинство оценок опирается на исследования университетских клиник и медицинских факультетов, часто при поддержке научных институтов. Процесс оценки включает несколько стадий:

- выявление технологий, которые нуждаются в оценке
- сбор необходимых данных
- сведение воедино данных по исходам лечения и затратам на них
- ознакомление тех, кто ответственен за принятие решений, с результатами
- принятие необходимых мер.

На каждой из этих стадий нужна уверенность, что результаты достоверны как с научной, так и с финансовой точки зрения. В прошлом упор делался на клинические испытания — в первую очередь определяли уместность применения и эффективность новых лекарственных средств, терапевтических и хирургических процедур, вакцин и препаратов крови. Позднее стали учитывать также этические, юридические и социальные аспекты новых технологий. Исследования финансируются совместно Министерством здравоохранения, Министерством образования и науки и Комиссией по медицинскому страхованию через недавно созданный Национальный фонд экспериментальной медицины (Fonds Ontwikkelingsgeneeskunde). Специальный комитет, состоящий из специалистов по медицине, экономике здравоохранения, медицинской этике, медицинскому праву и управлению здравоохранением, отбирает заявки на финансирование, поступающие из больниц и других медицинских учреждений. С 1990 г. подобная систематическая оценка новых технологий служит для более рациональной разработки политики, включая выбор основных целей здравоохранения.

Хотя Национальный фонд экспериментальной медицины помог при оценке многих новых технологий в Нидерландах, эта программа не лишена недостатков. Среди прочего ее критикуют за то, что хотя она подходит для оценки существующих технологий, используется, как правило, лишь для оценки новых. Эта ситуация, вероятно, отражает чисто научный интерес к эффективности новых технологий. Другой недостаток — заявки на оценку очень редко включают анализ социальных, этических и юридических последствий внедрения технологии. Это вероятный признак того, что большинство исследований не связаны напрямую с политикой здравоохранения и принятием решений (31).

Озабоченность вызывает и то, что программа фонда не основывается на четком выборе наиболее важных задач. Подача, отбор и финансирование предложений по оценке медицинских технологий и выявление отстающих

или нуждающихся в поддержке областей здравоохранения непосредственно никак не связаны. В результате многие из отобранных проектов нельзя назвать первоочередными, а важные медицинские вопросы зачастую представлены крайне скудно. Кроме того, большинство предложений относится к больничной помощи и соматическим заболеваниям, а эффективному их внедрению уделяется недостаточно внимания. Комитет заключил, что причина этих недостатков — «восходящая» процедура отбора, разработанная в начале деятельности программы фонда, и упор на жесткие научные стандарты (рандомизированные клинические испытания) и значимость с чисто научной точки зрения (31).

Чтобы улучшить положение, руководство фонда рассмотрело альтернативные методы отбора проектов. После небольшой дискуссии родилась идея «нисходящего» подхода. При этом руководство само будет определять первоочередные проекты, приглашая исследователей подавать заявки на их выполнение.

Эта процедура была пущена в ход в 1993 г. После исследования и обсуждения имеющихся списков очередности были отобраны три проекта: лечение недержания мочи, лечение психогериатрических проблем и диагностические исследования. В медицинских журналах поместили сообщение о возможности финансирования этих проектов. Затем для отобранных заявок были выделены средства. На сегодняшний день два «нисходящих» проекта внедрено и еще четыре в стадии подготовки. Слишком рано судить об эффективности этой программы; однако ясно, что в сравнении с «восходящей» процедурой такой подход отнимает очень много времени и требует тщательной подготовки. Есть некоторые плюсы — «нисходящую» процедуру можно прямо связать с важностью задач в здравоохранении и социальном страховании, а насущные вопросы эффективности и качества помощи решаются лучше.

Распределение средств

Бюджет здравоохранения и распределение средств

Как и многие другие стороны регулирования, разработка бюджета и распределение ресурсов в разных страховых системах происходят по-разному, а во второй системе есть различия между ее государственной частью (системой ФМС) и той, что относится к частному страхованию.

Внутри первой системы до 1997 г. расходы соответствующих органов (фондов медицинского страхования и частных страховых компаний) полностью возмещались Центральным фондом — то есть оплачивались совокупно, и заранее никаких бюджетов для страховых организаций не устанавливалось. С 1998 г. управление доверено единому региональному плательщику, обычно это крупнейший страховой фонд каждой из 32 областей (до 2001 г. — 31).

В частном страховании внутри второй системы каждая компания должна покрывать расходы из своих страховых поступлений (исключая тех, кто имеет стандартный полис согласно Закону о доступе к медицинскому страхованию; см. «Финансирование частного медицинского страхования»).

Поэтому бюджеты касаются (частично) только той части второй системы, которая представлена фондами медицинского страхования.

Бюджет ФМС для оплаты набора страховых услуг

С 1991 г. фонды медицинского страхования в процессе своей деятельности берут на себя финансовый риск, и средства для покрытия стоимости набора положенных услуг выделяются в соответствии с бюджетом. До того все отчисления нанимателей и работников собирались в центральный фонд, который управлялся Советом ФМС. Центральный фонд полностью компенсировал расходы ФМС на оплату лечения своих клиентов.

Одна из целей бюджетной системы 1991 г. — добиться, чтобы для ФМС было выгодно сделать процесс покупки медицинских услуг и обслуживание клиентов как можно более гибким и эффективным. Они договариваются с

поставщиками услуг относительно объема, качества и — в какой-то степени — цены на предоставляемые услуги. Бюджет должен был придать ФМС больше финансовой независимости. Другая цель введения бюджетов — способствовать рыночной конкуренции среди фондов.

Общая схема такова: каждый застрахованный платит взнос в зависимости от дохода (см. раздел «Финансирование и затраты»). Эти взносы стекаются в Центральный фонд, которым заведует Комиссия по медицинскому страхованию. Каждый ФМС получает из Центрального фонда бюджет, рассчитанный по числу больных с учетом рисков. Фонды платят медицинским учреждениям и таким образом расходуют средства. В конце финансового года применяются три корректирующие меры: выравнивание, пересчет и фонд высоких рисков (см. ниже); после этого получившаяся разница между переведенными бюджетными средствами и расходами должна покрываться фиксированной частью страхового взноса, размер этой выплаты каждый фонд определяет сам. Если разница велика, фонд поднимет размер фиксированного взноса; если мала, может снизить его. Считается, что различия в размере фиксированного взноса отражают разницу в рентабельности — небольшой взнос говорит о высокой рентабельности, большой — о низкой. Разумеется, это предположение нельзя считать бесспорным — оно зависит от верности модели, на которой основывается расчет бюджета Центральным фондом.

Составление бюджета начинается с ежегодного решения министра здравоохранения по так называемому общему бюджету страховых услуг ФМС на будущий год. Министр устанавливает, как именно Комиссия по медицинскому страхованию должна распределить средства, объем которых установлен заранее. Комиссия руководствуется этими указаниями. Ее решение должно быть одобрено министром. После этого Комиссия сообщает каждому ФМС о размере его бюджета на будущий год. Бюджетные средства (из Центрального фонда) переводятся Комиссией в фонды по схеме фиксированных авансовых платежей.

Первоначально распределение средств основывалось главным образом на прошлых расходах. Первыми факторами учета риска стали пол и возраст застрахованных. В 1996 г. к этой формуле добавили новые факторы (район проживания и статус инвалидизации). Тогда же для ФМС возрос процент действительного риска по расходам. В 2001 г. фактор «района проживания» был пересмотрен с целью лучшего учета различий между регионами, социально-экономических и в обеспечении услугами здравоохранения (например, число больниц или домов престарелых в регионе). Кроме того, в модель ввели новый показатель: группы по расходам на лекарственные средства, основанные на потреблении лекарственных средств в прошлом. Это должно способствовать учету заболеваемости при выделении средств — особенно для хронических заболеваний.

Бюджет касается лишь тех расходов, на которые ФМС могут повлиять. Следовательно, общие расходы с самого начала разбиты на две части. В первую входят расходы, неподконтрольные ФМС; это фиксированные расходы — больничные капиталовложения, которые должны уберечь ФМС

от финансовой ловушки между собственным финансированием по Закону о ФМС и финансированием медицинских учреждений (см. «Финансирование больниц»; так называемый вопрос двойного финансирования). Вторая часть — это расходы, которые, как считается, фонды могут контролировать путем рентабельной покупки услуг (лекарственные средства, услуги врачей общей практики и врачей-специалистов). Именно поэтому в бюджетной системе ФМС с 1986 г. принята модель, учитывающая такое разделение. В 1998 г. она была переработана и теперь имеет следующий вид:

- фиксированные расходы на больничное обслуживание;
- переменные расходы на больничное и специализированное обслуживание;
- другие услуги (обслуживание врачами общей практики, лекарственные средства, вспомогательные приспособления, сестринские услуги и стоматологическая помощь).

В приведенном выше разделении упомянутые уже «отчасти фиксированные» затраты больниц и других медицинских учреждений отнесены частично в группу 1 (фиксированные расходы на больничное обслуживание), частично в группу 2 (переменные расходы на больничное и специализированное обслуживание).

Существуют два корректирующих механизма, которые применяются в конце финансового года — они гарантируют соблюдение упомянутых условий: во-первых, в конце года определяется разница между переведенными бюджетными средствами и реальными расходами каждого ФМС, которая до некоторой степени («процент выравнивания») делится («выравнивается») между всеми фондами. Такое выравнивание должно учесть возможные промахи данной модели в распределении средств. В результате деньги перераспределяются из фондов, получивших «слишком много» (фонды с низкими расходами) в фонды, получившие «слишком мало» (с высокими расходами).

Во-вторых, в конце бюджетного года вносится поправка, учитывающая разницу между общей суммой переведенных в систему ФМС бюджетных средств и действительными расходами фондов; она отражает способность ФМС влиять на уровень расходов. Разница до определенной степени («процент пересчета») оплачивается Центральным фондом. Возможность «пересчета» была введена, чтобы связать финансовые риски со способностью ФМС влиять на уровень реальных расходов. Пока такая способность мала, они не могут нести полный финансовый риск.

В табл. 14 приведены проценты «пересчета» и «выравнивания» за 2004 г. Если фонд превышает свой бюджет оплаты услуг специалистов, 30% этого превышения делится между всеми ФМС. Кроме того, если общей суммы денег, переведенных фондам на оплату услуг специалистов, недостаточно, они получают еще 35% в дополнение к рассчитанным заранее расходам. Проценты «пересчета» и «выравнивания» для третьей группы («другие услуги») недавно отменены.

В ближайшие несколько лет планируется снизить до нуля и проценты «пересчета» и «выравнивания» для второй группы — переменные расходы на больничное и специализированное обслуживание. Чтобы добиться это-

Таблица 14. Уровни выравнивания и пересчета для различных разделов бюджета ФМС

Разделы бюджета	Примерная доля в общем бюджете, %	Уровень выравнивания, %	Уровень пересчета, %
Фиксированные расходы на больничное обслуживание	22	0	95
Переменные расходы на больничное и специализированное обслуживание	36	30	35
Прочие услуги (врачи общей практики, лекарственные средства и т.д.)	42	0	0

го, нужно улучшить распределение средств в нынешней бюджетной модели, а ФМС должны получить возможность сильнее влиять на величину расходов.

После постепенного снижения процентов «пересчета» и «выравнивания» разница в величине фиксированных страховых взносов у разных фондов должна существенно возрасти (см. «Страхование по Закону о фондах медицинского страхования»).

1 января 1997 г. описанную выше систему дополнил особый тип выравнивания для крупных расходов. Его цель — сгладить различия в затратах между разными ФМС, вызванные неравномерным распределением застрахованных с высокими расходами на медицинскую помощь. По этой схеме ФМС могут востребовать из специального фонда 90% расходов на застрахованного, если эти расходы превышают предел в 2036 евро (с 1999 г. 3394 евро). Имеют значение лишь те расходы, которые попадают в категории «переменные расходы на больничное и специализированное обслуживание» и «другие услуги». Фонд высоких рисков образуется отчислением некоторого процента средств из соответствующих бюджетов.

В общем, изменения как в формуле, при помощи которой рассчитывалось распределение средств на будущее — т.е., в факторах учета риска — так и в ретроспективной коррекции бюджета, достигнутой его разделением на три части с различными уровнями выравнивания и пересчета, а также с созданием фонда высоких рисков на индивидуальном уровне, представляют собой сложный лабиринт. В целом различные факторы подняли процент полного «риска» для фондов медицинского страхования с 3% в 1995 г. до примерно 35% в 1999 г. (табл. 15). В 2002 г. эта цифра еще выросла и составила около 41%, а к 2004 г., согласно оценкам, составит 53% расходов ФМС.

Бюджет административных расходов ФМС

С 1984 г. существует специальный бюджет административных расходов (рабочих расходов) ФМС. Используя ту же систему, что применяется для финансирования страховых услуг, министр здравоохранения ежегодно опреде-

Таблица 15. Изменения в составе выплат фондам медицинского страхования, 1992—2004 гг.

Год	% полного риска для ФМС	Факторы учета риска	Фонд высоких рисков
1992	0	–	–
1993—1995	3	Возраст, пол	–
1996	15	Возраст, пол, район проживания, уровень инвалидизации	
1997	27	Возраст, пол, район проживания, уровень инвалидизации	90% годовых расходов свыше 2036 евро
1998	29	Возраст, пол, район проживания, уровень инвалидизации	90% годовых расходов свыше 2036 евро
1999	35	Возраст, пол, район проживания, статус занятости	90% годовых расходов свыше 3394 евро
2000	36	Возраст, пол, район проживания, статус занятости	90% годовых расходов свыше 4538 евро
2001	38	Возраст, пол, район проживания, статус занятости	90% годовых расходов свыше 4538 евро
2002	41	Возраст, пол, район проживания, статус занятости, группы по расходам на лекарственные средства	90% годовых расходов свыше 7500 евро
2003	52	Возраст, пол, район проживания, статус занятости, группы по расходам на лекарственные средства	90% годовых расходов свыше 7500 евро
2004	53	Возраст, пол, район проживания, статус занятости, группы по расходам на лекарственные средства, клинико-затратные группы	90% годовых расходов свыше 12 500 евро

Источник: с изменениями из van Vliet et al. (32) и van de Ven et al. (33).

ляет общий размер этого бюджета, и правила, на основании которых Комиссия по медицинскому страхованию распределяет средства. Решение Комиссии должно быть одобрено министром здравоохранения. После этого Комиссия устанавливает размер бюджета административных расходов для каждого ФМС и сообщает им об этом. Эти средства переводятся в фонды по схеме фиксированных авансовых платежей.

В отличие от бюджета медицинских услуг, в бюджете административных расходов нет ни выравнивания, ни пересчета. Если ФМС истратил не все средства из административного бюджета, остаток помещается в резервный фонд. Если ФМС превысил административный бюджет, разница покрывается из резервного фонда или же из фиксированных страховых взносов.

Размер общего бюджета административных расходов первоначально ус-

танавливался на основе прошлогоднего бюджета (с ежегодными поправками). В 1995 г. он был пересмотрен: за основу были взяты средние реальные административные расходы наиболее рентабельных фондов медицинского страхования. Сейчас средства распределяются главным образом на основе стандартизированной суммы на каждого застрахованного.

Финансирование больниц

Цены на услуги здравоохранения одинаковы по всей стране за исключением стоимости койко-дня в больнице. Комиссия по тарифам на медицинские услуги разрабатывает рекомендации по расчету цен и тарифов. До 1984 г. система возмещения услуг в здравоохранении была свободной. Теперь в рамках политики сдерживания расходов у всех больниц и других медицинских учреждений должен быть общий годовой бюджет, который рассчитывается заранее. Если больница превысит свой бюджет, пересчета или компенсации не производится. Гонорары специалистам в этот общий бюджет не входят.

С 1988 г. бюджет в больницах разбит на статьи. Он делится на четыре части: затраты на содержание, фиксированные затраты, отчасти фиксированные затраты и переменные. (Используемая здесь терминология иная, чем та, что применяется при финансировании ФМС.) Затраты на содержание касаются инфраструктуры: здания и оборудование, включая амортизацию и проценты. Согласно Закону об обеспечении стационарной помощью эти капиталовложения должен одобрить министр здравоохранения. Следовательно, капитальные затраты — часть допустимых бюджетных расходов. Фиксированные затраты — те, что обычно не зависят от объема деятельности. Эти «постоянные» затраты определяются по числу жителей, которых обслуживает больница, что является ее главным рабочим показателем. Отчасти фиксированные затраты — те, на которые объем деятельности больницы в ближайшей перспективе не влияет. Они зависят от размеров больницы, включая коечный фонд и число специализированных подразделений. Наконец, переменные затраты прямо связаны с объемом деятельности или производительностью больницы. На величину этих расходов влияет число госпитализаций, амбулаторных посещений, число дней ухода, число помещений в дневные стационары для ухода и лечения. Каждый год между больницами и местными либо региональными страховыми организациями (как частными компаниями, так и ФМС) заключаются соглашения относительно числа условных единиц продуктивности. Эта часть бюджета может рассматриваться как свободная (хотя и с определенными ограничениями).

Больничные бюджет рассчитывается так: число лиц, проживающих в обслуживаемой области (умноженное на тариф) + число лицензированных больничных коек (умноженное на тариф) + число лицензированных специализированных подразделений (умноженное на тариф) + число условных единиц продуктивности по достигнутому соглашению, таких как число госпитализаций, их длительность, число первичных амбулаторных посещений,

количество случаев однодневной хирургии и особых видов обслуживания (например, гемодиализ, операции на открытом сердце, искусственное оплодотворение и мозговая нейрохирургия) — также умноженные на соответствующие тарифы. Тарифы зависят от размера больницы — у более крупных они выше, чем у небольших, поскольку предполагается, что в более крупных больницах выполняются более сложные медицинские процедуры.

Помимо этого, больницы получают дополнительные средства — например, на капитальные расходы. Крупная модернизация и строительство новых больниц полностью оплачиваются через надбавку к бюджету, которая распределяется на 50 лет — то есть перечисление средств в течение 50 лет гарантировано (см. ниже). Кроме того, больницы получают нормативный бюджет на небольшие капиталовложения (такие как ремонт и содержание оборудования). Эти капиталовложения не требуют одобрения министра здравоохранения. Таким образом, основные капиталовложения для больниц не связаны с финансовым риском.

Бюджет больниц пополняется средствами, которые поступают от страховых организаций или от больных. Есть два типа больничных сборов: дополнительные «тарифы» и суточная ставка по уходу. Дополнительные тарифы охватывают примерно 1600 методов больничного лечения или диагностики. Они везде одинаковы и близки к действительным средним затратам. Второй тип сборов, суточная плата за уход (или плата за день пребывания в больнице), зависит от бюджета данной больницы и определяется следующим образом. Доход от дополнительных медицинских процедур (лабораторные исследования, рентгенография, хирургические операции), за которые взимается оплата в размере, установленном Комиссией по тарифам на медицинские услуги, вычитается из больничного бюджета.

Остаток делится на общее число койко-дней; получается величина платы за день пребывания в больнице, одинаковая для всех больных и для всех страховых организаций, которые платят больнице (и ФМС, и частных компаний), но в каждой больнице своя. Эту суточную плату не следует смешивать со стоимостью койко-дня, которая используется при составлении бюджета (см. выше). Суточная плата за уход часто превышает 300 евро, а тариф — всего лишь около 40 евро.

До 2000 г. существовал принцип: бюджет есть бюджет. Это означало, что если число койко-дней в больнице меньше расчетного (как обычно и бывает), она все равно получает бюджетные средства полностью через доплату к величине суточной платы за уход в последующие годы (и наоборот). Это изменилось, и теперь оплата связана с показателями лечения. Таким образом, если число койко-дней в больнице меньше согласованного со страховыми организациями, больница получает меньше, и так далее. Это должно повысить продуктивность больничной деятельности и уменьшить очереди.

Переход от твердых бюджетов к целевым — лишь первый шаг в изменении всей системы финансирования больниц. Похоже, с политической точки зрения, у бюджетной системы финансирования больниц будущего нет из-за множества связанных с ней проблем.

- Больничные бюджеты не успевают за ростом потребности в больнич-

ном обслуживании. Бюджетная система размыла основы страхования: ты платишь — ты застрахован, поскольку услуги недоступны из-за очередей.

- Тарифы за госпитализацию, продолжительность пребывания в больнице, однодневную хирургию (использовавшиеся ранее при составлении бюджета) являются совершенно искусственными и не отражают реальные затраты.
- Невыгодно стремиться к рентабельности. Самый сильный стимул — не выходить за рамки бюджета.
- При бюджетной системе больницы не стремятся сообщать страховым организациям и больным о показателях своей деятельности. Это важно с политической точки зрения, ведь больницам выделены дополнительные средства на сокращение очередей. Политики спрашивают у больниц, что они сделали с этими деньгами, но те неохотно предоставляют информацию. Это было также основной причиной, по которой ранее существовавший принцип «бюджет есть бюджет» сменился оплатой, связанной с показателями деятельности.
- Больничные бюджеты плохо отражают различия в количестве тяжелобольных.

Новая схема финансирования больниц основана на принципе диагностическо-лечебных комбинаций (Diagnose Behandelingen Combinaties, DBCs). Лучше всего сравнивать их с клинико-затратными группами, хотя есть некоторые важные отличия:

- Разбивка на клинико-затратные группы часто производится в начале лечения, а разбивка по DBC — впоследствии.
- Больной может быть отнесен более чем к одной DBC.
- Разбивка на DBC производится не специальным персоналом, но врачом.
- В DBC входит плата врачу (гонорар), поэтому ему выгодно присваивать более высокую комбинацию.

Эти новшества в голландских больницах более или менее совпадают с теми, что идут по всему миру. Более гибкими становятся договоренности на местном уровне в таких вопросах как производительность, объем лечения и число специалистов. Кроме того, предпринимаются усилия объединить систему оплаты труда специалистов по объему оказанных услуг и больничную бюджетную систему в единый комплексный бюджет.

Затраты на содержание, однако, не изменятся, поскольку решения о постройке новых больниц по-прежнему принимает государство. Все другие эксплуатационные расходы будут объединены в централизованный бюджет, который будет устанавливать Комиссия по тарифам на медицинские услуги. Финансирование по диагностическо-лечебным комбинациям предполагается осуществлять через бюджеты ФМС. Частных страховых компаний, однако, не касаются бюджетные процедуры, основанные на законодательстве по социальному медицинскому страхованию. Государственная политика начинает учитывать это, но система еще не завершена. Новая система финансирования больниц называется также ценообразованием на основе результатов деятельности, что означает разработку категорий больных и мето-

дов лечения и установление цен в этих категориях. Больницы и ФМС должны будут заключать контракты, основываясь на этих категориях.

Ожидается, что система диагностическо-лечебных комбинаций будет введена в январе 2005 г. и три года спустя окончательно начнет действовать.

Оплата труда врачей

Оплата труда врачей зависит от занимаемой ими должности и места работы. Интернам в период обучения (см. «Медицинские кадры») больница платит жалование. Врачам общей практики платят по числу больных, застрахованных в системе ФМС, и по объему оказанных услуг за больных, имеющих частную страховку.

Медицинским специалистам традиционно платят за объем оказанных услуг, исключая университетских врачей и врачей в муниципальных больницах, которые получают жалование. Гонорары за обслуживание больных с частной страховкой устанавливаются по согласованию со страховыми компаниями; обычно они выше. Большинство врачей-специалистов работают лишь в больницах, однако в последние годы они начали основывать частные практики за их пределами.

Руководители голландского здравоохранения обнаружили, что нельзя полностью полагаться на гонорары как инструмент сдерживания расходов на специализированную помощь. На снижение гонораров специалисты отвечают увеличением объема оказанных услуг. Чтобы предотвратить такую реакцию, введен потолок расходов. Это должно сохранить систему оплаты за услуги как незыблемый символ профессиональной независимости в условиях жесткого национального бюджета, который был основной целью государства и страховых организаций.

С 1995 г. труд медицинских специалистов оплачивается из бюджета как на национальном уровне, так и на уровне отдельных больниц. Руководство больницей заключает договор относительно объема услуг по каждой специальности: числа первичных амбулаторных посещений, числа госпитализаций и случаев использования дневных стационаров и однодневной хирургии. Таким образом составляется бюджет по каждой специальности. При определении объема услуг в значительной степени опираются на прошлые бюджеты, но туда могут вводиться изменения (например, если больница стремится расширить применение однодневной хирургии). Затем руководство больницы путем переговоров со страховыми организациями — то есть, крупнейшим ФМС и одной частной страховой компанией как представительницей всех прочих — определяет общий объем услуг. Поскольку эти переговоры проходят в присутствии представителей медицинского персонала, контракты можно считать трехсторонними. В идеале, сумма внутренних соглашений совпадает с общим объемом услуг, согласованным со страховыми организациями.

Как следствие, оплата специалистов теперь входит в больничные бюджеты. Свой бюджет есть для каждой из специальностей. Однако врачам-специа-

листам все еще платят по объему оказанных услуг. Если он меньше договорного, врачи получают меньше денег, чем планировалось. Если объем больше согласованного, больница может договориться со страховщиком о дополнительной оплате. Эта схема введена лишь в 2001 г. и опирается на государственную политику по сокращению очередей. (Подчеркиваем, что изложенный механизм касается только специалистов, которым платят по объему оказанных услуг. Оплата тех специалистов, которые получают жалованье, всегда входила в больничный бюджет.)

В условиях бюджетного дефицита при переговорах о размере гонораров возникают острые конфликты. Организации врачей-специалистов все чаще вынуждены защищать себя. Это, однако, не спасло их от утраты медицинской профессией финансовой независимости (34).

Другая особенность голландского здравоохранения — полное отсутствие развитой системы слежения за соблюдением лимита расходов. В результате перерасход бюджета за данный год должен быть компенсирован временным снижением гонораров в следующем году (годах). Эти снижения всегда ведут к острым конфликтам между правительством и организациями врачей-специалистов. В Нидерландах нет органа, подобного немецким ассоциациям страховых фондов, которые следят за расходами на специализированное медицинское обслуживание в течение года и обязаны вносить необходимые поправки в размер гонораров, чтобы исключить превышение лимита расходов (с 2001 г., как сказано выше, ситуация изменилась).

Согласно известной из теории игр «дилемме узника», чем больше делают специалисты, тем меньше получают за каждую услугу. Следовательно, введение лимита расходов приносит лишь временный, недолговечный мир в отношения между специалистами, государством и страховыми организациями. С середины 1990 г. наблюдается сдвиг от централизованных переговоров о доходах врачей-специалистов в сторону местных контрактов. В этих быстро развивающихся процессах, которые сначала возникли как эксперименты, медицинский персонал соглашался на отмену оплаты по объему оказанных услуг в обмен на достаточно крупную единовременно выплачиваемую сумму, которая ежегодно пересматривается (9). Кроме того, чтобы уменьшить разрыв в доходах между разными специальностями, введена гармонизация. Эти «инициативы на местах», которые энергично поддерживает государство, появились почти во всех больницах общего профиля. Поскольку процент участия в них выше, чем ожидалось, а участники освобождены от уменьшения бюджета в случае его перерасхода в прошлом, эксперименты обошлись дороже, чем ожидалось. Есть сходные проекты, направленные на повышение качества медицинской помощи (35).

На рис. 13 приведена упрощенная схема финансовых потоков в голландском здравоохранении.

Реформы здравоохранения

Процесс и содержание реформ

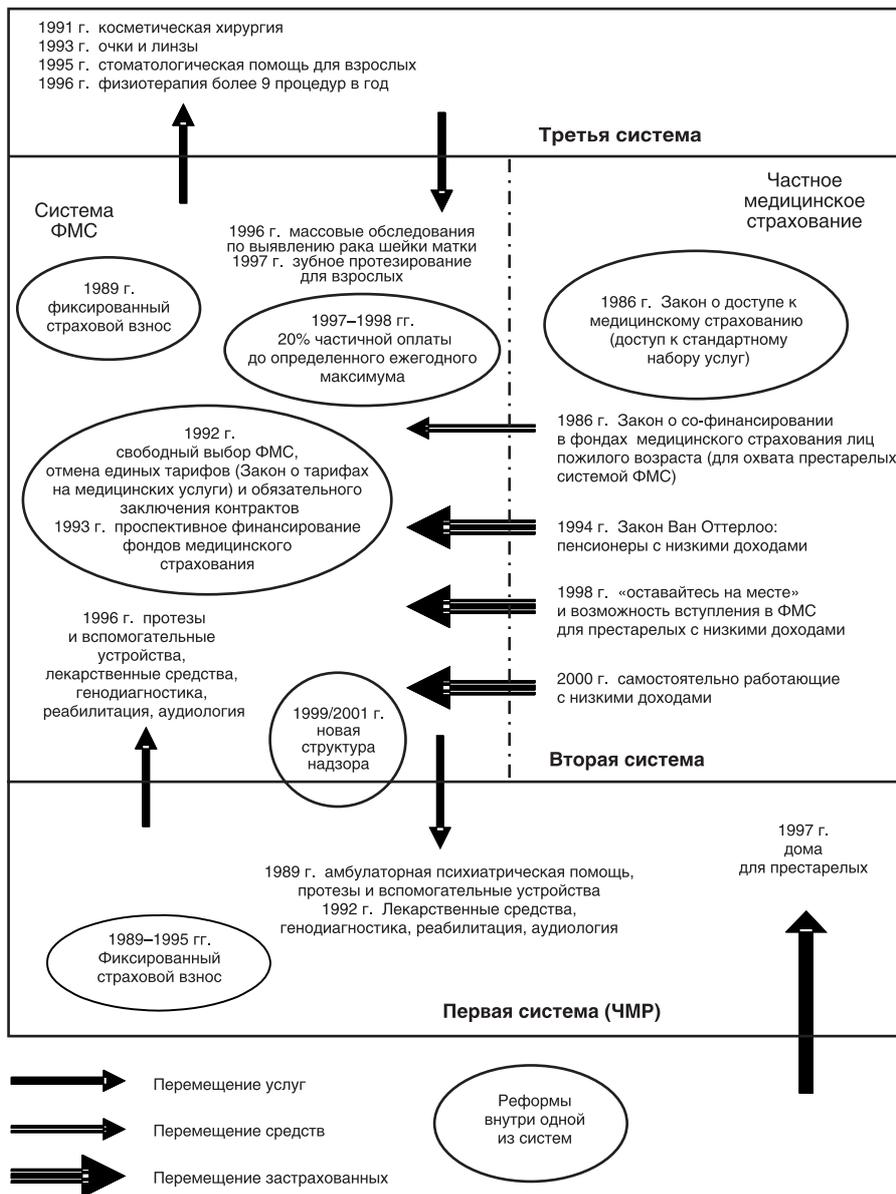
Медицинское страхование в Нидерландах колебалось между стремлением объединить в одну сосуществующие различные системы и желанием сохранить все как есть, причем будущий исход по-прежнему неясен. На рис. 14 обобщены основные происходившие изменения, и видно, как реформы связаны с тремя страховыми системами, и каковы изменения, произошедшие в каждой из них.

Комитет Деккера

Отчет Комитета Деккера, созданного правительством в 1986 г. для изучения структуры и финансирования здравоохранения, был опубликован 26 марта 1987 г. Отчет, озаглавленный «Готовность к переменам» (36), включал рекомендации, нацеленные на то, чтобы сдержать рост медицинского обслуживания по объему, на реформу медицинского страхования и снижение уровня государственного вмешательства в здравоохранение.

В ответ на доклад правительство выпустило программный документ, озаглавленный «Перемены гарантированы» (13) — изложив среди прочего, каким оно видит систему медицинского страхования. Предполагалось создать единую систему, которая обеспечит так называемое базовое страхование для всех и на которую будет приходиться около 85% расходов здравоохранения и родственных услуг. Предполагалось устранить разделение между системой ФМС, частным страхованием и страховыми схемами для государственных служащих. Их место заняла бы общенациональная страховая система (с достаточно широким набором услуг), обязательная для всех проживающих в стране. На услуги, не включенные в основной набор, можно было бы оформить дополнительную частную страховку. Страховые взносы за основной набор услуг определялись бы в первую очередь доходами — то есть представляли бы процентные отчисления — и лишь небольшая часть взноса была бы фиксированной. Предполагалось поэтапно вводить эти изменения с 1 января 1989 г., чтобы различие между ФМС, с одной стороны, и частным страхованием и страхованием государственных служащих, с другой, постепенно исчезло.

Рисунок 14. Реформы здравоохранения с 1986 г. и их связь с тремя страховыми системами



ЧМР — система чрезвычайных медицинских расходов; ФМС — система фондов медицинского страхования; ЗМС — Закон о доступе к медицинскому страхованию; КМС — Комиссия по медицинскому страхованию; ЧМС — частное медицинское страхование; ДМС — дополнительное медицинское страхование; ЗСФ — Закон о софинансировании в фондах медицинского страхования лиц пожилого возраста.

Первый этап реформы

Были введены следующие изменения. 1 января 1989 г. амбулаторное психиатрическое обслуживание и обеспечение протезами и вспомогательными устройствами было переведено в систему ЧМР — ранее оно входило в систему ФМС, либо охватывалось частным страхованием и страховыми схемами для государственных служащих. Соответственно были снижены взносы и отчисления в системе ФМС и по частным страховым полисам, а взносы в системе ЧМР возросли.

Тогда же, в январе 1989 г., был введен фиксированный страховой взнос в системе ФМС и в схемах для государственных служащих, и одновременно снижена величина процентных отчислений. На 1989 г. размер фиксированного взноса был установлен государством в размере 71 евро на человека для застрахованных и их партнеров. Для детей взнос составлял 35 евро для первого и второго ребенка (начиная с третьего, дети страховались бесплатно). (NB: 1 января 1995 г. фиксированный страховой взнос за детей, застрахованных в системе ФМС как иждивенцы, был отменен.)

С 1 января 1991 г. фонды медицинского страхования получили возможность сами устанавливать размер фиксированного взноса. Это было сделано, поскольку со введением Закона о первом этапе изменений в системе медицинского страхования (*Wet stelselwijziging ziektekostenverzekering eerste fase*) стало возможным переводить фондам медицинского страхования средства из Центрального фонда как для покрытия затрат на услуги, оказанные в натуральном виде, так и для оплаты расходов потребителей на покупку медицинских услуг. Страховые фонды начали по-настоящему нести риски, поскольку из этих средств и из собираемых ими фиксированных взносов должны были покрывать свои расходы. Поэтому размер фиксированных страховых взносов отчасти определяется результатами финансовой деятельности фондов; ожидается, что это сделает их работу эффективнее и рентабельнее.

Второй этап реформы

После смены правительства в 1989 г. План Деккера был немного изменен и стал называться Планом Симонса — по имени тогдашнего заместителя министра здравоохранения.

Введение с 1 января 1992 г. Закона о втором этапе изменений в системе медицинского страхования изменило набор услуг и размер страховых взносов в системе ЧМР, а кроме того, освободило фонды медицинского страхования от обязанности заключать контракты с поставщиками медицинских услуг. Это было вторым шагом на пути к единой системе медицинского страхования для всего населения.

1. Изменения в Законе о чрезвычайных медицинских расходах — набор услуг и страховые взносы

С введением 1 января 1992 г. Закона о втором этапе изменений в системе медицинского страхования оплата лекарственных средств, генодиагно-

стики, реабилитации и обслуживания в аудиологическом центре была переведена из второй системы медицинского страхования в первую (систему ЧМР).

Это потребовало вновь изменить размер взносов и отчислений при различных видах страхования. Величина отчислений по Закону о ЧМР выросла на 1,5%, кроме того, введена была дополнительная единообразная ставка. Процент отчислений в системе ФМС и в схемах для государственных служащих снизился. Соответственно был снижен и максимальный взнос для различных возрастных групп согласно Закону о доступе к медицинскому страхованию. Большинство частных страховых компаний тоже уменьшили размер взносов. Фиксированная часть страховых взносов, которая должна была отчасти покрывать расходы за эти услуги, перешла в систему ЧМР. Организации, обслуживающие систему ЧМР, частично несли риски за эти услуги и должны были их покрывать из бюджетов Фонда ЧМР и фиксированных страховых взносов от самих застрахованных. Бюджеты системы ЧМР на 1995 г. основывались лишь на объективных критериях возраста и пола, а бюджеты ФМС учитывали также район проживания и наличие инвалидности.

В системе ЧМР появилась также возможность включать в свою страховку «дополнительное» условие — оплата всех расходов до некоего предела в обмен на снижение фиксированного страхового взноса. По закону, страховые услуги могут предоставляться в натуральном виде или же в форме возмещения понесенных расходов. (NB: С 1996 г. рецептурные лекарственные средства, медицинские приборы и услуги по реабилитации вновь были переданы из системы ЧМР во вторую страховую систему (обычные услуги здравоохранения), а в 1998 г. туда же перевели медицинское обслуживание на дому, осуществляемое больницами. С переводом бюджетных услуг обратно во вторую систему, расходы системы ЧМР теперь снова полностью оплачиваются задним числом.)

2. Новые регулирующие положения по контрактам и возможность для ФМС действовать по всей стране

С 1 января 1992 г. фонды медицинского страхования получили возможность действовать по всей стране. Теперь они функционируют в каждом муниципалитете Нидерландов — таким образом люди имеют возможность выбирать страховщика. Поэтому отныне ФМС не обязаны заключать контракт с каждым поставщиком медицинских услуг, который этого желает (ранее они могли отказаться от контракта, только если против этого имелись веские причины). В теории, это было справедливо и для организаций, обслуживающих систему ЧМР, но лишь для услуг, включенных в систему с 1992 г. Это, однако, никогда не выполнялось: у этих организаций никогда не было реальных способов добиться такого результата.

Закон Ван Оттерлоо

В этот момент планируемые реформы затормозил вопрос о том, увеличивать в будущем государственное финансирование страховой системы или, на-

оборот, уменьшать. Некоторые категории застрахованных, имевших частный полис с чересчур высокими для них взносами, столкнулись с серьезными финансовыми трудностями. Наконец, парламент единогласно проголосовал за законопроект тогдашнего члена парламента Г. Ван Оттерлоо; он вносил поправки в Закон о ФМС, направленные на то, чтобы помочь пенсионерам по старости, не имеющим пенсии помимо государственной (или с очень маленькой дополнительной пенсией). Закон Ван Оттерлоо означал, что с 1 июля 1994 г. пенсионеры охвачены системой ФМС, если общая сумма их государственной пенсии плюс все заработки или дополнительная пенсия не превышает 14 004 евро в год в случае одиноких пенсионеров (цифры за 1995 г.). При этом был отменен принцип «оставайтесь на месте» (см. ниже). Проценты по сбережениям, рента, дивиденды, единовременные выплаты по страховым полисам и т.п. в данном случае не учитываются. Для семейных пар, где оба супруга или партнера получают от государства пенсию по старости, этот потолок относится к обоим. Если доход одного из них превышает эту сумму, из системы ФМС исключаются оба. Однако тот же потолок применяется к пенсионерам, у которых партнер не имеет государственной пенсии по старости; любые доходы помимо их основной пенсии в расчет не берутся. Следовательно, доход партнера не влияет на их собственное право на страховку. Лицо, получающее пенсию по старости и охваченное одной из страховых схем для государственных служащих, само по себе или как член семьи, будет по-прежнему обслуживаться ею.

Закон Ван Оттерлоо устранил ряд проблем в системе ФМС, но одновременно создал новые. Одним из плюсов было то, что люди старше 65 лет с низкими доходами получили возможность войти в систему ФМС; однако с другой стороны, престарелые, которых эта система защищала, пока они работали, теперь должны были, выйдя на пенсию, покупать частную страховку, поскольку их пенсия превышала установленный потолок.

Закон о реструктуризации системы ФМС

Правительство Кока, пришедшее к власти в 1994 г., ввело ряд мер, направленных на реструктуризацию системы ФМС, стремясь устранить различные недостатки в системе медицинского страхования. Например, отныне фонды должны были ввести в начале каждого года открытый период, когда в них можно вступать; к концу 1995 г. фонд медицинского страхования можно было свободно выбирать. С 1996 г. некоторые услуги были переведены из системы ЧМР в систему ФМС, а фиксированный страховой взнос в системе ЧМР отменили (см. выше).

С 1 января 1997 г. потолок доходов, дающий право на страхование в системе ФМС для людей, получающих государственную пенсию, резко возрос до 15 973 евро. В результате большее число престарелых получило право стать клиентами ФМС. Еще раз потолок резко повысился 1 июля 1997 г. — до 17 330 евро. Кроме того, в Закон о ФМС была внесена поправка, вошедшая в силу 1 августа 1997 г.; согласно ей вновь поступившие в высшие учебные заведения студенты уже не имели права на бесплатное страхование в ФМС

своих родителей. С этого дня студенты должны были оформлять частную страховку, а Закон о финансировании студентов предоставлял грант на покрытие этих расходов. Те, кто уже начал учиться, будучи застрахованными как иждивенцы, могли оставаться застрахованными до конца обучения.

В то же самое время правительство ввело в системе ФМС сборы с потребителя, чтобы побудить население более разумно пользоваться услугами здравоохранения. Введение частичной оплаты за услуги врачей и больничное обслуживание было очень спорным вопросом (хотя в отношении длительного лечения и на частном страховом рынке сборы с потребителя — вполне обычное дело). В 1997 г. была введена крайне запутанная система частичной оплаты за посещение врачей общей практики и за госпитализации. Однако из-за сложности в 1999 г. ее отменили.

Закон о реструктуризации системы ФМС от 24 декабря 1997 г. («Вестник законов и постановлений», 777) стал третьим и последним шагом реструктуризации. Он вошел в силу с 1 января 1998 г. В систему ФМС вновь был введен в отношении людей старше 65 лет принцип «оставайтесь на месте», как это было до принятия Закона Ван Оттерлоо. Это означало, что лица, застрахованные в системе ФМС, могли по-прежнему оставаться там после 65 лет. Те, кто имел частную страховку, по достижении 65 лет могли зарегистрироваться в ФМС, если их доход не превышал некоторого предела. Люди моложе 65, имеющие право на страхование в системе ФМС (поскольку получают социальное пособие), но предпочитающие частную страховку, также получили право на определенных условиях выйти из системы ФМС. Пенсионеры, которым пришлось перейти из частных страховых компаний в систему ФМС вследствие Закона Ван Оттерлоо, получили разовую возможность вернуться в частный сектор. Ожидалось, что этим воспользуются многие пенсионеры из бывших государственных служащих, которых обслуживает отдельная система страхования.

И наконец, с января 2000 г. самостоятельно работающие лица моложе 65 лет, застрахованные согласно Закону о страховании нетрудоспособности (для самостоятельно работающих), получили право на страхование в системе ФМС, если их совокупный доход ниже определенного максимума.

Изменения в положениях о надзоре

Законы от 27 марта 1999 г. (поправки к Закону о ФМС, Закону о тарифах на медицинские услуги и Закону об обеспечении стационарной помощью, («Вестник законов и постановлений» за 1999 г., 185)) и от 5 июля 2000 г. (поправки к закону от 27 марта 1999 г.) внесли изменения в роль, состав и порядок действий административных органов, подчиняющихся Законам о ФМС, о ЧМР и о доступе к медицинскому страхованию. Государственный надзор и поддержка деятельности в упомянутых областях охватывали сложную сеть обязанностей, положений и интересов; хотя в строгом смысле слова это являлось государственным делом, на самом деле население тоже в нем участвовало. Для государства, стремящегося к разделению задач, важно дифференцировать и определить различные обязанности, позиции и интересы заново. Это привело к тому, что каждая из партий участвует в выработ-

ке политики, отталкиваясь от четко определенных заранее задач, чтобы добиваться поставленных целей как с помощью административного контроля, так и при помощи надзора.

Внутри Комиссии по медицинскому страхованию больше свободы получил Наблюдательный совет по медицинскому страхованию — ему был дан четкий юридический статус — а его члены назначаются министром здравоохранения.

Государство планировало также сделать организации по надзору более независимыми. Создание независимого надзора означает существование двух независимых организаций. Комиссия по медицинскому страхованию обеспечит «восходящее» управление, Наблюдательный совет по медицинскому страхованию — «нисходящий» надзор. Желание сделать надзор независимым проистекает из стремления к его беспристрастности. Другой важный фактор — необходимость усилить контроль над организациями, обслуживающими систему ФМС и систему ЧМР, где играют свою роль изменения в секторе страхования, такие как концентрация и объединение в группы.

Комиссия по медицинскому страхованию продолжает заниматься координацией — при внедрении системы социального медицинского страхования, а также между ее внедрением и внедрением других видов социального страхования. Это означает также, что Комиссия должна реагировать на сигналы, которые получает снизу (в том числе от застрахованных), и на основании этих сигналов выработать для соответствующих организаций рекомендации по истолкованию и применению Закона о ФМС и Закона о ЧМР.

Краткий итог

Табл. 16 в хронологическом порядке излагает важнейшие законы, программные документы и информационные доклады в голландском здравоохранении с 1941 по 2003 гг.

Таблица 16. Хронология основных событий в политике здравоохранения Нидерландов, 1941—2003 гг.

1941	Постановление о фондах медицинского страхования (Ziekenfondsenbesluit)
1964	Закон о фондах медицинского страхования (Ziekenfondswet, ZFW)
1968	Закон о чрезвычайных медицинских расходах (Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten, AWBZ)
1971	Закон об обеспечении стационарной помощью (Wet Ziekenhuisvoorzieningen, WZV)
1974	Программный документ «Организация здравоохранения» (Structuurnota Gezondheidszorg)
1980	Закон о тарифах на медицинские услуги (Wet Tarieven Gezondheidszorg, WTG)
1986	Закон о доступе к медицинскому страхованию (Wet op de Toegang tot Ziektekostenverzekeringen, WTZ) Исполнительное постановление о лицах, застрахованных в частном порядке (Uitvoeringsbesluit Vergoedingen Particulier Verzekerden) Закон о со-финансировании в фондах медицинского страхования лиц пожилого возраста (Wet houdende Medefinanciering Oververtegenwoordiging Oudere Ziekenfondsverzekerden, MOOZ)

- 1987 Доклад Комитета Деккера «Готовность к переменам» (Bereidheid tot Veranderen)
- 1988 Правительственный документ по реформе здравоохранения «Перемены гарантированы» (Verandering Verzekerd)
- 1989 Закон о первом этапе изменений в системе медицинского страхования (фиксированный страховой взнос в системе ФМС и системе ЧМП; перевод амбулаторного психиатрического обслуживания и других услуг в систему ЧМП)
Отмена муниципальных планов для врачей общей практики
Закон о коллективной профилактике общественного здоровья (Wet Collectieve Preventie Volksgezondheid)
- 1991 Закон о втором этапе изменений в системе медицинского страхования (дальнейшее расширение сферы применения Закона о ЧМП; дерегулирование планирования и установления тарифов)
Закон о максимальных тарифах: конец системы обязательных контрактов самостоятельно работающих медицинских работников с ФМС
Доклад Комитета Даннинга «Возможные пути здравоохранения» (Kiezen en Delen)
Доклад Совета по вопросам здоровья «Медицина на распутье» (Medisch Handelenopeen Tweesprong)
Введение системы базовых цен на лекарственные средства
Закон о качестве учреждений здравоохранения (Kwaliteitswet Zorginstellingen)
- 1992 Правительственный документ «Модернизация здравоохранения» (Modernisering gezondheidszorg)
- 1993 Отчет Парламентской комиссии по консультативным органам «Консультации сокращены» (Raad op Maat);
Доклад Комитета Брэйнс-Слота (о бюджетах страховых фондов); Закон об отдельных медицинских профессиях (Wet op de Beroepen in de Individuele Gezondheidszorg, BIG)
- 1994 Доклад Комитета Бисхёвела «Улучшение помощи путем совместной помощи» (Gedeelde zorg: Betere zorg)
Доклад Комитета Виллемса (о разработке политики здравоохранения)
Доклад Комитета Велсена (о будущем финансирования медицинской помощи престарелым)
Манифест нового коалиционного правительства, 1994 г. (Regeerakkoord 1994)
Закон Ван Оттерлоо (охват системой ФМС престарелых с низкими доходами)
Программный документ по здравоохранению «Здоровье и благосостояние» (Gezond en Wel)
Закон о жалобах в сфере здравоохранения (Wet Klachtrecht cliënten zorgsector)
- 1995 Закон о согласии на медицинскую помощь (Wet Geneeskundige Behandelingsovereenkomst, WGBO)
Закон о ценах на лекарственные средства (Wet Prijzen Geneesmiddelen)
- 1996 Закон о запасах крови (Wet inzake Bloedvoorziening)
Доклад «Состояние здоровья населения и прогноз на будущее» (Volksgezondheid Toekomst Verkenningen, VTV)
Доклад о состоянии здравоохранения (Staat van de gezondheidszorg, STG)
Закон о представительстве клиентов (Wet Medezeggenschap Clienten Zorginstelling)
Директива об условиях страхования в системе ФМС (Verstrekkingsbesluit Ziekenfondsverzekering)
- 1997 Финансирование домов престарелых по Закону о ЧМП (AWBZ)
Доклад Комитета Копманса (о фармацевтической политике)
Закон о реструктуризации системы ФМС

- 1998 Доклад Комитета Хукстры (о рентабельности амбулаторной психиатрической помощи)
 Доклад Комитета Лемстры (о качестве услуг общественного здравоохранения, обеспечиваемых местными властями)
 Правительственный манифест от 1998 г. (*Regeerakkoord 1998*)
- 1999 Доклад о политике в области психиатрической помощи (*Brief sectorvisie GGZ*)
 Доклад о политике в области общественного здравоохранения (*Strategische notitie public health beleid*)
 Доклад о политике в области социального обеспечения за 1999 г. (*Welzijnsnota 1999*)
 Доклад Совета по здравоохранению и общественному здоровью (*Raad voor de Volksgezondheid en Zorg, RVZ*) «Европа и здравоохранение»
 Закон от 27 марта 1999 г., вносящий поправки в Закон о ФМС, Закон о тарифах на медицинские услуги и Закон об обеспечении стационарной помощью (*Wijziging Ziekenfondswet, de Wet tarieven Gezondheidszorg en de Wet Ziekenhuis Voorzieningen*)
- 2000 Доклад Совета по здравоохранению и общественному здоровью (*Raad voor de Volksgezondheid en Zorg, RVZ*) «Разделение ролей» (*De rollen verdeeld*)
 Доклад Социально-экономического совета (*Sociaal Economische Raad, SER*) «На пути к надежной системе медицинского страхования»
 Доклад Министерства здравоохранения, социального обеспечения и спорта «Медицинская помощь без границ — голландское здравоохранение в международной правовой перспективе» (*Grenze(n)loze zorg. Het Nederlandse zorgstelsel in internationaal-rechtelijk perspectief*)
 Закон от 5 июля 2000 г., вносящий поправки в Закон от 27 марта 1999 г. (*Wet tot wijziging van de artikelen 19en 77 van de Ziekenfondswet, artikel 62 van de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten en artikel 51 van de Wet Financiering Volksverzekeringen*)
 Закон от 13 декабря 2000 г., вносящий поправки в Закон о ФМС; создание Наблюдательного совета по медицинскому страхованию (*Wet op de Instelling van een onafhankelijk College van Toezicht op de Zorgverzekeringen, CTZ*)
- 2001 Доклад Комиссии по медицинскому страхованию (*College voor zorgverzekeringen, CVZ*) «Основной набор услуг: что включать, а что нет»
 Правительственный доклад «Проблема спроса» (*Vraag aan bod*)
- 2002 Правительственный манифест от 2002 г. Общий договор (*Regeerakkoord 2002*)
 Доклад Национального института общественного здравоохранения и окружающей среды «Здоровый взгляд? Здоровье и здравоохранение в Нидерландах с мировой точки зрения»
 Доклад Совета по здравоохранению и общественному здоровью (*Raad voor de Volksgezondheid en Zorg, RVZ*) «*Gezondheidszorg en Europa, een kwestie van kiezen*»
- 2003 Правительственный манифест от 2003 г. Краткий договор (*Regeerakkoord 2003*)
 Доклад Совета по здравоохранению и общественному здоровью (*Raad voor de Volksgezondheid en Zorg, RVZ*) «Бурный рост расходов здравоохранения» (*Exploderende Zorquitgaven*)

Источник: Handboek Structuur en Financiering Gezondheidszorg (37), с изменениями.

Внедрение реформ

Хотя внедрение реформ далеко отстает от намеченного графика, тем не менее в сравнительно короткие сроки достигнуты значительные перемены в законодательстве. Примером может служить отмена контрактных обязательств для фондов медицинского страхования. Несколько последних десятилетий между ФМС и врачами существовал затяжной конфликт: должны ли ФМС иметь возможность селективно заключать контракты с врачами. В конце концов спор выиграла сторона врачей, и с 1941 г. по 1991 г. фонды медицинского страхования по закону были обязаны заключать однотипный контракт с любым врачом в зоне своей деятельности. Хотя создание возможности для селективного заключения контрактов и внедрение этого на практике — не одно и то же, это, безусловно, коренное изменение по сравнению с прошлым (38).

Те, кто знаком с историей голландского здравоохранения, возможно, предвидели, что правительственный график чересчур оптимистичен. С другой стороны, если бы правительство объявило о более реалистичных сроках — скажем, 20 лет — вероятнее всего, ничего бы не изменилось и по сей день. Как уже обсуждалось, достоверная угроза конкуренции привела к громадным переменам в поведении всех заинтересованных сторон.

Причины «медленного» прогресса

«Медленный» ход реформ можно объяснить по меньшей мере четырьмя причинами. Во-первых, сопротивление со стороны заинтересованных групп, имеющих сильную парламентскую поддержку. Голландское здравоохранение характеризуется рассеянной структурой принятия решений без четко определенного центра. Следовательно, правительство не может вводить изменения без согласия основных заинтересованных сторон, таких как организации врачей, страховые организации, наниматели и работники (39). Наниматели возражали против Плана Симонса, поскольку боялись, что государство будет больше внимания уделять обязательному медицинскому страхованию с широким набором услуг (что увеличит общие расходы здравоохранения, связанные с моральным риском), а не сдерживанию расходов и повышению рентабельности. Поскольку наниматели платят страховые взносы, рост расходов здравоохранения увеличит их затраты на оплату труда, а значит, ослабит позиции на международном рынке. Страховые организации возражали против Плана Симонса, поскольку их совсем не устраивала система субсидий из Центрального фонда и иных видов государственного вмешательства, которые ограничивают свободу предпринимательства. Врачи возражали, поскольку считали описание набора услуг чересчур общим, что оставляло слишком много места для конкуренции между поставщиками услуг (38).

Вторая причина — избранная стратегия внедрения реформ спровоцировала растущее политическое противодействие. С политической точки зрения, два ключевых элемента реформ хорошо уравновешены. Обязательное

медицинское страхование привлекает левое политическое крыло; регулируемая конкуренция — правое. Этот баланс, видимо, объясняет, почему как правоцентристское, так и левоцентристское коалиционное правительство поддерживало реформы. Однако из-за их сложности реформы приходилось вводить постепенно — а постепенный подход сам по себе чреват осложнениями. Чтобы быть политически приемлемым, каждый шаг должен быть столь же уравновешен, как и вся реформа в целом. Политики считали, что это не так. В начале и середине 1990 гг. правое крыло при поддержке нанимателей энергично возражало против некоторых шагов — по их мнению, больше внимания уделялось внедрению обязательного страхования, чем сдерживанию расходов. Еще одна политическая проблема — введение обязательного медицинского страхования для всего населения скорее всего отрицательно скажется на перераспределении доходов для сравнительно молодых и здоровых представителей среднего класса с частной страховкой: им придется субсидировать бедных и больных, платя страховой взнос, основанный на величине дохода, а не нынешний, сравнительно низкий, рассчитанный с учетом страховых рисков.

Третья причина — острой необходимости в быстрой реформе нет. В некотором смысле реорганизация здравоохранения направлена на то, чтобы его не застали врасплох грядущие проблемы двадцать первого столетия: успехи медицинской технологии, стареющее население и ожидаемый рост доли здравоохранения в ВВП. С макроэкономической точки зрения можно позволить себе постепенную, неторопливую реформу (38).

Четвертая причина — реформа очень сложна технически, что серьезно недооценили. Есть трудности, связанные с ходом ее внедрения: координация перекрывающихся и временами противоречащих друг другу старых и новых законов; необходимость избежать заметных отрицательных последствий, обусловленных богатством, для некоторых частей населения; полное согласование со сложным законодательством ЕС. Еще один важный вопрос — состав и должное определение набора услуг, входящих в обязательное страхование. Кроме того, нужно поддерживать систему здравоохранения в работающем и конкурентоспособном состоянии, что требует разработки и проведения в жизнь эффективной антимонопольной политики (40). Однако самое большое беспокойство, вероятно, связано с предполагаемой ролью страховщика как стороннего покупателя услуг здравоохранения от имени потребителя. Неясно, как избежать «снятия сливок» (или отбора предпочтительных рисков) в условиях рыночной конкуренции на рынке медицинского страхования.

Результаты

Хотя всесторонне оценивать достигнутое пока рано, стоит упомянуть следующие результаты реформ (38).

Благодаря одному лишь обсуждению более ориентированной на рынок системы здравоохранения в начале 1990 гг. сильно активизировалась деятельность, направленная на повышение качества обслуживания и контроль

качества. Главной движущей силой, вероятно, была мысль, что в условиях конкуренции в здравоохранении качество медицинской помощи будет важнее всего.

С начала 1990 гг. увеличились капиталовложения в системы учета затрат в больницах и других медицинских учреждениях. Знание о природе и реальной стоимости различных услуг в условиях роста конкуренции необходимо. Это уберегает медицинские учреждения от продажи своих услуг ниже реальной стоимости — то есть себе в убыток — и позволяет страховым организациям осмотрительно покупать их, делая соответствующий выбор между взаимозаменяемыми продуктами.

Тогда же произошла полная реорганизация внутренней структуры ФМС. Ориентированные на рынок менеджеры пришли на смену ориентированным на административное управление руководителям, которые ушли в отставку. Улучшилось обслуживание клиентов ФМС, например, гибче стали часы работы и появились передвижные конторы.

Там же, в начале 1990 гг., берут начало некоторые нововведения. Например, ФМС уничтожили ценовую монополию поставщиков некоторых категорий медицинского оборудования. После этого цены упали на четверть, а то и на треть. Страховые организации начали применять заказ лекарств по почте как альтернативный метод распространения лекарственных средств. Во множестве появились проекты по электронной передаче данных, нацеленные на улучшение сотрудничества медицинских учреждений между собой и на более эффективное сотрудничество между медицинскими и страховыми учреждениями.

В середине 1990 гг. зародилась ценовая конкуренция между ФМС. Наименьший страховой взнос в 2001 г. более чем на 40% отличается от наибольшего.

В 1990 гг. возросла конкуренция среди ФМС за коллективные контракты с нанимателями на дополнительное медицинское страхование.

Из-за того что финансовый риск отпусков по болезни своих работников с середины 1990 гг. несли наниматели, они были весьма заинтересованы в уменьшении очередей на лечение. «Меры по укорочению очередей» — например, контракты с частными клиниками — входят теперь составной частью в коллективные контракты с нанимателями как орудие конкуренции ФМС между собой.

В 1990 гг. шире распространились элементы регулируемой медицинской помощи, такие как селективное заключение контрактов (например, с физиотерапевтами) и составление профилей врачей (например, врачей общей практики).

Чему учит голландский опыт

Технические и политические трудности мешают провести реформы в срок

Первый урок голландских реформ: при столь радикальных реформах очень трудно составить реалистический график их осуществления. По первона-

чальному плану их следовало внедрить за 4 года. Более реалистично было бы по крайней мере 15—20 лет. Но такие сроки для столь деликатного политически вопроса, как здравоохранение и его финансирование, кабинету, который находится у власти лишь 4 года, назначить трудно. С другой стороны, если бы в 1988 г. были поставлены реалистические сроки, сомнительно, что все перемены, осуществленные в 1990 г. благодаря давлению жесткого графика, действительно были бы осуществлены.

Свободный рынок в здравоохранении недопустим

Второй урок: планируемое Нидерландами здравоохранение, ориентированное на рынок — не то же самое, что свободный рынок медицинских услуг. Свободный рынок в здравоохранении привел бы к последствиям, которые почти в любом обществе считаются нежелательными. Он означал бы, что большинству людей с низким доходом или хроническими заболеваниями не по средствам оказалась бы нужная им помощь. Важно помнить, что правительство Нидерландов сформулировало концепцию «регулируемой конкуренции». Государственное вмешательство не исчезнет, но его направленность сильно изменится. Вместо того, чтобы прямо контролировать объем, цены и производительность, государство создаст необходимые условия для предотвращения нежелательных последствий свободного рынка и делает так, чтобы рынок служил целям общества в области здравоохранения. Основная цель — доступ к качественной медицинской помощи для всех. Поэтому вмешательство государства будет направлено прежде всего на обязательное всеобщее медицинское страхование, финансирование страховых организаций с учетом рисков, антимонопольные меры, контроль качества и распространение информации. Следовательно, описывать реформы в голландском здравоохранении лучше как «видоизменение» государственного вмешательства, чем как его «отмену» (38).

Как предотвратить «снятие сливок»?

Третий урок: чтобы регулируемая конкуренция в здравоохранении могла принести плоды, необходимо избежать «снятия сливок» страховыми организациями. «Снятие сливок» (или предпочтительный отбор) — ситуация, когда страховые организации предпочитают выгодных клиентов невыгодным. В Нидерландах ФМС получают средства от Центрального фонда по числу застрахованных с учетом их возраста, пола, места проживания и наличия инвалидности, и фиксированный страховой взнос от клиентов — его величина зависит от самого фонда. Как следствие, для ФМС с финансовой точки зрения предпочтительнее «выгодные клиенты». Больные хроническими заболеваниями (например, диабетом, раком, заболеваниями сердца, СПИДом, перенесшие пересадку органов) внутри каждой группы (возрастной, половой, по месту проживания или степени трудоспособности) невыгодны для страхования. Поскольку на тех, кто относится к группам высокого риска, ФМС, естественно, теряют значительные суммы денег, они предпочитают их не страховать. Например, ФМС может, используя информацию по предыдущим госпитализациям и расходам за прошедшие три года,

выделить среди своих клиентов группу в 4%, чьи предполагаемые расходы втрое превышают отчисления за них из Центрального фонда с учетом возраста и пола (41). Другой пример: согласно прогнозам, у 5% лиц с наивысшими медицинскими расходами за любой год расходы на человека в следующие 4 (как минимум) года будут вдвое превышать отчисленные за них средства (42). Поскольку прибыли и потери страховых фондов в настоящее время распределяются между Центральным фондом (в 2001 г. на него приходилось в среднем примерно 60%) и ФМС (40%), «снимать сливки» сейчас менее выгодно. Однако такое распределение рисков снижает также и стремление ФМС к рентабельности (38).

Несмотря на то, что доступ в фонды медицинского страхования открыт каждому, существуют методы предпочтительного отбора. ФМС могут активно отбирать выгодных клиентов и стараться не допустить невыгодных. Например, даже если набор услуг (скажем, больничное обслуживание и услуги врачей) и структура частичной оплаты полностью определены регулирующими организациями, ФМС могут видоизменять условия предоставления услуг, заключая контракты с разными поставщиками. ФМС может заключить контракт с определенной группой медицинских учреждений, связанных жесткими правилами, либо с организациями регулируемой медицинской помощи, жестко контролирующими использование медицинских услуг. Такой фонд внутри каждой группы населения (возрастной, половой, по месту проживания или по уровню инвалидизации) привлекательнее для людей с низким уровнем риска, а не с высоким, поэтому может позволить себе сравнительно низкий страховой взнос. «Снятие сливок» может осуществляться также следующими способами:

- выборочная реклама и прямая рассылка рекламных объявлений;
- контракты с медицинскими учреждениями и врачами, практикующими в «здоровых» районах;
- разделение рисков между ФМС и поставщиками медицинских услуг, с которыми заключены контракты (тогда поставщикам услуг тоже выгодно «снимать сливки»);
- состав дополнительного медицинского страхования (не включает психиатрическую помощь, рецептурные лекарственные средства и пластическую хирургию на молочной железе);
- объединение в одном пакете медицинского и других видов страхования, которые покупают главным образом сравнительно здоровые люди;
- люди с высокими рисками хуже обслуживаются (например, им не возмещаются затраты);
- страховому агенту выгодно советовать людям со сравнительно плохим здоровьем обращаться в другую компанию;
- «отступные» для клиентов с плохим здоровьем за уход из фонда — например, больному СПИДом предлагают крупную сумму денег за то, что в следующий раз, когда можно будет сменить ФМС, он это сделает.

«Снятие сливок» чревато следующими нежелательными последствиями: тем, у кого высок уровень риска и низок доход, медицинская помощь становится не по средствам, падает качество обслуживания, снижается рента-

бельность как в распределении средств, так и в обслуживании. Хотя по многим причинам «снятие сливок» в первые годы реформ не будет серьезной проблемой, недооценивать это нельзя. В принципе, предотвратить «снятие сливок» можно тремя способами: разработав хороший механизм учета рисков, внедряя механизмы разделения рисков и дополнительно поощряя конкуренцию (42, 43, 44). Чтобы конкуренция между фондами медицинского страхования дала плоды, борьбе с практикой «снятия сливок» следует уделить одно из первых мест.

Будущее

Упомянутая реструктуризация, скорее всего, не последнее слово политических кругов на тему о том, какой должна быть система медицинского страхования. Парламент настаивает на изучении возможности внедрения системы, основанной на размере дохода. При этом люди с небольшими доходами, которые сейчас не имеют права на страхование — например, малые предприниматели — такое право получают. Сейчас правительство представило во Вторую палату результаты трех исследований системы медицинского страхования. Два из них посвящены тому, как справиться с нынешними сложностями, не меняя существующую систему, и как укрепить административную инфраструктуру. Третье ищет возможные пути превращения имеющейся системы в ограниченную систему национального страхования, где то, застрахован ли человек, будет определяться размером его облагаемого налогом дохода. Новый кабинет, скорее всего, примет дальнейшие решения на этот счет.

Представленные доклады касались перестройки страховой системы; два первых составил Совет по здравоохранению и общественному здоровью; они озаглавлены «Европа и здравоохранение» (45) и «Разделение ролей» (46). Первый из них посвящен влиянию законов ЕС на голландское здравоохранение, хотя голландские специалисты по медицинскому праву оспаривали его выводы. Доклад заключает, что смесь государственного и частного страхования делает голландскую систему социального медицинского страхования уязвимой с точки зрения законодательства ЕС. Кроме того, высказано мнение, что стандартный полис по Закону о доступе к медицинскому страхованию и дополнительные взносы по Закону о со-финансировании в фондах медицинского страхования лиц пожилого возраста нарушают законы ЕС. Примечательно, что заключение, касающееся стандартного полиса, критиковало министерство здравоохранения, причем за его правовую основу.

В своем втором докладе, «Разделение ролей» (*De rollen verdeeld*) (46), Совет подчеркнул необходимость развивать предпринимательство, поскольку нынешняя политика его преднамеренного ограничения не согласуется с представлениями о страховании. Как указал Совет, помимо поднятия предпринимательской активности страховщиков и поставщиков медицинских услуг, требуется также более ответственное поведение граждан. Они имеют право на медицинскую помощь, но в то же время обязаны действовать под свою ответственность, использовать медицинскую помощь должным обра-

зом и сами заботиться о себе. Совет дал правительству рекомендации по управлению рынком и надзору за ним, одновременно посоветовав увеличить роль медицинских учреждений, страховых организаций и больных. Эта концепция подразумевает введение базового (обязательного) и дополнительного (добровольного) страхования. В системе обязательного страхования граждане смогут выбирать полис того поставщика медицинских услуг, которого предпочтут.

Третий доклад, «На пути к надежной системе медицинского страхования» (47), представлен Социально-экономическим советом (*Sociaal Economische Raad*, SER); он посвящен единству внутри страховой системы. Согласно докладу, в своем нынешнем виде медицинское страхование и система здравоохранения не готовы к грядущим переменам и, более того, неспособны их предвидеть. Совет предложил ввести обязательную для всех систему медицинского страхования лечебной помощи. Она должна финансироваться на основе солидарности между группами с разным уровнем дохода и разным уровнем риска. Предлагается сохранить систему ЧМР, но сосредоточить ее на крупных медицинских рисках и длительном лечении. Предлагается также постепенно заменить нынешнюю систему управления предложением, бюджетного и ценового контроля на открытую рыночную систему, способную к конкуренции и управляемую спросом. Социально-экономический совет высказался в пользу системы частных, конкурирующих между собой страховых компаний. Неясно, однако, совместимо ли это с законами ЕС.

Наконец, доклад Совета ФМС, «Основной набор услуг: что включать, а что нет» (48), продолжил дискуссию о составе основного набора услуг, начатую Комитетом Деккера (1989 г.), опираясь на такие критерии, как «необходимая помощь», доступность и рентабельность. В докладе изложен возможный путь модернизации набора услуг — особенно, что и в каком объеме будет в будущем охватываться страхованием.

В июле 2001 г. тогдашний кабинет министров завершил разработку планов реформы медицинского страхования, направленную на ослабление государственного контроля при сохранении всеобщего доступа к основному набору услуг. Тогдашний министр здравоохранения Эльс Борст подчеркнула, что в основе новой системы лежит единство «старых и молодых, больных и здоровых». План, названный «*Vraag aan bod*» («Проблема спроса»), предлагал отказаться от разделения на страхование в системе ФМС и частное страхование (49). Вместо этого каждый обязан будет вступить в единую общую медицинскую страховую систему, охватывающую «всю необходимую медицинскую помощь» (определенную как услуги с доказанной эффективностью), которую люди, как правило, не могут себе позволить. Предполагалось, что через 4 года туда войдут также длительный уход и помощь на дому для престарелых. Люди смогут купить дополнительную частную страховку, дающую право на дополнительные услуги, либо платить более низкие страховые взносы и иметь доступ к ограниченному числу поставщиков медицинских услуг.

Каждый, однако, должен будет ежегодно вносить некий вклад или «личную плату» — часть стоимости полученных медицинских услуг. Предлага-

лась сумма порядка 100 евро. Сейчас личная плата встречается только в частном страховании. Страховые компании, однако, будут обязаны принимать всех, а граждане получат возможность раз в год сменить компанию.

По словам Министерства здравоохранения, новая система должна удовлетворить растущие требования все лучше информированного, но стареющего населения. Министерство заметило, что больным нужно не стандартное, а более индивидуализированное обслуживание, чего легче достигнуть, уменьшив число централизованных нормативов и передав управление и ответственность от государства к страховым и медицинским организациям. У медицинских организаций прибавится свободы действий, но «ответственно» и внутри «рынка» медицинских услуг. Это напоминает первоначальный План Деккера (см. выше).

Госпожа Борст ушла в отставку в 2002 г., пробыв на посту министра здравоохранения почти 8 лет. Она расценивала новую систему как свое политическое завещание и опасалась, что если страховые организации не будут обязаны принимать всех, развитие генетики может в будущем привести к появлению больных, которых никто не станет страховать. Но планы, которые предполагалось внедрить в течение двух лет, вызывали слишком много вопросов, особенно финансовых, чтобы новое правительство могло их решить. Вопросы о том, насколько страховые взносы будут привязаны к уровню дохода, и каков будет размер частичной оплаты гражданами, ранее уже вызывали споры между левым и правым крылом тогдашней правительственной коалиции. Возникали также сомнения, включать ли в набор «необходимой медицинской помощи» первичное обслуживание.

Выборы в мае 2002 г. круто изменили голландский политический ландшафт. Новая партия правых популистов (LPF) стала второй по величине, образовав правую коалицию с выигравшими выборы христианскими демократами и бывшим членом коалиции, либералами. Нового министра здравоохранения Эдуарда Бомхоффа выдвинули правые популисты. Коалиция приняла планы, изложенные в «Проблеме спроса» (49), но проголосовала за фиксированный размер взноса. Она продолжила также разрабатывать планы модернизации системы ЧМР, начатые предыдущими кабинетами. Новое правительство просуществовало недолго. Правые популисты оказались ненадежным партнером по коалиции, и из-за внутренних разногласий первое правительство Балкененде 16 октября 2002 г. подало в отставку.

Новые выборы состоялись в январе 2003 г. Правые популисты потеряли почти все свои места. Образовался новый правоцентристский кабинет Балкененде, состоявший из христианских демократов, либералов и социал-либералов. Продолжив с того места, на котором прервался первый кабинет Балкененде, новый кабинет в своем Кратком договоре, опубликованном 16 мая 2003 г., вернулся к вопросу базового страхования. Правительство объявило о своем намерении ввести к 1 января 2006 г. обязательный всеобщий стандартный страховой полис. В обращении к нижней палате парламента от 19 декабря 2003 г. Ханс Хогерворст, новый министр здравоохранения от либералов, указал, что в последние годы фонды медицинского страхования и частные страховые компании сблизались друг с другом. Свести воедино все

имеющиеся сейчас формы страхования и достичь единой страховой системы — логическое продолжение этой тенденции. Тем временем модернизация системы ЧМР с целью сдержать рост расходов продолжала идти согласно планам: в апреле 2003 г. как одно из последних нововведений вместо категорий услуг или медицинских учреждений появились функциональные группы.

Социал-демократы, крупнейшая оппозиционная партия, поддерживают планы введения в 2006 г. новой системы страхования. Многие зависят от одобрения нового Закона о медицинском страховании, концепция которого должна быть представлена парламенту в сентябре 2004 г. Главным при обсуждении будет вопрос, гарантирует ли закон достаточную компенсацию бедным слоям населения при фиксированном размере страхового взноса, и согласятся ли с новой системой некоторые влиятельные заинтересованные стороны. Считать, что новые реформы — дело решенное, преждевременно, учитывая их прошлый опыт в Нидерландах.

Заключение

Во многих отношениях система здравоохранения Нидерландов отличается от других европейских стран. Одной из причин является то, что есть две основные системы финансирования и организации здравоохранения, и лишь одна из них — система всеобщего страхования. Кроме того, голландская страховая система — старейшая в мире; она прямо охватывает многие риски, связанные с необходимостью длительного лечения (пусть даже дома престарелых и инвалидов включены в набор услуг не так давно).

Вторая из трех систем страхования делится на сектор обязательного страхования и достаточно крупный частный (такое деление есть еще только в Германии, хотя там имеет другую форму). Это очень сказывается на финансовой стороне системы и на равенстве доступа: разница в доходах в один евро определяет, платит ли человек процентные отчисления от своего дохода или взнос, зависящий от величины страховых рисков, и обслуживаются ли супруги и дети практически бесплатно. Неудивительно, что по «справедливости в оплате» Нидерланды занимают в «Отчете о мировом здравоохранении за 2000 г.» (50) лишь десятое место среди 15 первоначальных стран-членов ЕС. Это относительное неравенство в оплате, которое не сопровождается таким же неравенством в предоставлении услуг, за последние 15 лет вызвало к жизни множество проектов реформ, а в настоящее время вновь обсуждается распространение второй страховой системы на все население. От конкретных механизмов субсидирования бедных слоев населения и предоставления им скидок зависит влияние новой системы на равенство доступа.

Почти непрерывные споры о структуре здравоохранения — еще одна характеристика голландской системы. Поскольку рекомендации групп экспертов, правительственные планы и парламентские решения широко публикуются и обсуждаются, стороннему человеку часто трудно отличить факты от домыслов. Независимо от того, каковы детали постоянно меняющихся планов реформ, голландский опыт показывает, что введение эффективной рыночной конкуренции — с одновременным сохранением единства и финансовой доступности — непростое дело. Организационная структура, необходимая для того, чтобы направлять конкуренцию в здравоохранении в

нужном с социальной точки зрения направлении, сложна и требует долгого внедрения и приспособления.

Реформы двояко влияют на доступ к медицинской помощи, как в географическом, так и в финансовом смысле. С одной стороны, введение свободы регистрации и отмена региональных монополий ФМС позволили застрахованным искать необходимую помощь за пределами своего региона проживания и даже за рубежом, расширив таким образом доступ к медицинской помощи. С другой стороны, слияния между крупными страховыми компаниями и больницами вскрыли их стремление к монополии или олигополии, которое снижает для больного возможность свободно выбрать поставщика медицинских услуг (индивидуально или по контракту). Кроме того, система ФМС не воспользовалась возможностью выборочного заключения контрактов, так что не получилась эффективной конкуренции как среди страховщиков, так и среди поставщиков услуг.

Помимо этих мер, направленных на повышение конкуренции, Нидерланды использовали и продолжают использовать меры, которые обычно связываются с государственным здравоохранением, а не с социальной страховой системой, а именно, регулирование врачами первичной помощи доступа к специализированной, а также бюджеты. Первое многие внутри страны и за ее пределами рассматривают как поддержку и гарантию высокого качества медицинского обслуживания, а вот второе — хотя в 1990 г. бюджеты успешно сдержали рост расходов — привело к появлению очередей, с чем сейчас борются, выделяя дополнительные средства. Очереди, однако, зачастую связаны с нехватками в системе здравоохранения Нидерландов, особенно с недостатком человеческих ресурсов.

По «отзывчивости» здравоохранения Нидерланды занимают в «Отчете о мировом здравоохранении за 2000 г.» четвертое место среди 15 стран ЕС. Их превосходят только Люксембург, Дания и Германия. По удовлетворенности населения системой здравоохранения Нидерланды также входят в первую группу стран ЕС. В 1999 г. 73,2% голландцев были весьма удовлетворены или достаточно удовлетворены ею — это шестое по ЕС место.

Все большую озабоченность вызывает то, что продолжительность жизни, по крайней мере среди женщин, с начала 1990 г. перестала расти, и Нидерланды в этом отношении явно отстают от ЕС в целом. Определение того, обусловлено ли это отчасти снижением эффективности медицинской помощи, должно стать одним из первоочередных вопросов.

Литература

1. Achterberg PW, Kramers PGN, van der Wilk EA. A Healthy Judgement? Health and Health Care in the Netherlands in international perspective. RIVM-report 271558005. Bilthoven, 2002.
2. Centraal Bureau voor de Statistiek (Statistics Netherlands). *Statistical yearbook 2003*. The Hague, SDU, 2004.
3. de Folter RJ. Medical specialists and hospitals — Living apart, together. In: van Rooj E et al., eds. *Health and health care in the Netherlands. A critical self-assessment by Dutch experts in the medical and health services*. Maarssen, Elsevier/De Tijdstroom, 2002: 133-143.
4. Sickness Fund Act. *Bulletin of acts and decrees*, No. 392, 1964.
5. Hoekstra RJ. *Ministerraad en vorming van regeringsbeleid* [Council of Ministers and the creation of governmental policy]. Zwolle, Tjeenk Willink, 1988.
6. Ministry of Health, Welfare and Sport (<http://www.minvws.nl/organisatie/organogram>, accessed 1 September 2004), 2004.
7. Rijksinstituut voor de Volksgezondheid en Milieuhygiëne (National Institute for Health and Environmental Hygiene). *Volksgezondheid Toekomst Verkenningen* [Exploring the future of public health]. The Hague, SDU, 1993.
8. Second Chamber of Parliament (Tweede Kamer). *Structuurnota Gezondheidszorg* [Structuring health care]. 13012 nr. 1 and 2, The Hague, SDU, 1974.
9. Scholten GRM, van der Grinten TED. Between physician and manager: new cooperation models in Dutch hospitals. *Journal of Management in Medicine*, 1998, 12: 33–43.
10. Decree regulating admittance to national insurance schemes. *Bulletin of acts and decrees*, No. 746, 1999.
11. Centraal Bureau voor de Statistiek (Statistics Netherlands). *Statistical yearbook 2001*. The Hague, SDU, 2002.
12. Centraal Bureau voor de Statistiek (Statistics Netherlands) (<http://www.cbs.nl/en/publications/articles/General/statistical-yearbook/a-3-2004.pdf> accessed 1 September 2004), 2004.

13. Ministry of Welfare, Health and Cultural Affairs. *Verandering Verzekerd. Stapsgewijs op weg naar een nieuw stelsel van zorg* [Change assured]. Rijswijk, Ministry of Welfare, Health and Cultural Affairs, 1988.
14. van de Water HPA, van Hertem LM. *Bull's eye or Achilles'heel. WHO's European health for all targets evaluated in the Netherlands*. Leiden, TNO Prevention and Health — Public Health Division, 1996.
15. van de Water HPA, van Hertem LM. *Health policies on targets? Review of health targets and priority setting in 18 European countries*. Leiden, TNO Prevention and Health — Public Health Division, 1998.
16. van Oers JAM. ed. *Health on Course?. The 2002 Dutch Public Health Status and Forecasts Report*, Bilthoven, RIVM-report 270551002, 2003.
17. Ministry of Health, Welfare and Sport. *Gezond en Wel: het kader van het volksgezondheidsbeleid 1995-1998* [Report on health and wellbeing: framework for health policy 1995-1998]. Rijswijk, Ministry of Health, Welfare and Sport, 1995.
18. de Melker RA, van der Velden J., Kuyvenhoven MM. Diseases: the more common the less studied Housecalls for respiratory tract infections: family medicine pur sang? *Family Practice*, 1995, 12: 294-298.
19. Groenewegen, P., De Bakker PPDH, van der Velden K. *Een nationale studie naar ziekten en verrichtingen in de huisartspraktijk. Basisrapport: Verrichtingen in de huisartspraktijk [A nationwide study of diseases and procedures in general practice. Report: Procedures in general practice]*. Utrecht, Nivel, 1992.
20. Groenewegen P, Gress S. Der Hausarzt in den Niederlanden — Auslaufmodell oder Reformperspektive für die GKV. In: *Jahrbuch für kritische Medizin, Band 38*. Hamburg, 2003: 73-91.
21. Landelijke Huisartsen Vereniging (Dutch Association of Family Physicians). *De Wereld Verandert en de huisarts verandert mee*. Utrecht, 1995.
22. de Melker RA, Verheij T. The family doctor — central pillar of the Dutch health system. In: van Rooij E et al., eds. *Health and health care in the Netherlands. A critical self-assessment by Dutch experts in the medical and health services*. Maarssen, Elsevier/De Tijdstroom, 2002: 65-77.
23. van Hulst BL, Laeven AMW. *Wachlijsten voor medisch-specialistische zorg in ziekenhuizen [Waiting lists for medical specialist care in hospitals]*. Utrecht, Prismant, 2000.
24. Stichting voor Economisch Onderzoek (SEO) (Foundation for Economic Research). *Wachlijsten — een duur medicijn [Waiting lists — an expensive drug]*. Amsterdam, SEO, November 2001.
25. Singeling HN. *Wachten in Nederland, het hoe en waarom [Waiting in the Netherlands, how and why]*. Utrecht, Prismant, 2004.
26. van der Linden BA, Spreuwenberg C, Schrijvers AJP. Integration of care in the

- Netherlands: the development of transmural care since 1994. *Health policy*, 2001, 55: 111-120.
27. Centraal Bureau voor de Statistiek (Statistics Netherlands). *Intramural health care*. The Hague, SDU, 1995.
 28. Centraal Bureau voor de Statistiek (Statistics Netherlands). *Statistical yearbook*, 1995 and 1996. The Hague, SDU, 1995 and 1996, respectively.
 29. Commissie Koopmans. *Report on pharmaceutical policy*, 1997.
 30. van Andel FG, Brinkman N Government policy and cost containment of pharmaceuticals. In: Schrijvers AJP, ed. *Health and health care in the Netherlands. A critical self-assessment by Dutch experts in the medical and health services*. Maarssen, Elsevier/De Tijdstroom, 1997: 152-162.
 31. Bos M. Health technology assessment in the Netherlands. *International journal of technology assessment in health care*, 2000, 16: 485-519.
 32. van Vliet RCJA, Lamers LM, van de Ven WPMM. Verbetering van de incentivestructuur op de ziekenfondsmarkt. Rotterdam, Erasmus University, 1999.
 33. van de Ven WPMM, van Vliet RCJA, Lamers LM, Health-adjusted premium subsidies in the Netherlands. *Health Affairs*, 2004, 23 (3): 45- 55.
 34. Lieverdink H, Maarse H. Negotiating fees for medical specialists in the Netherlands. *Health policy*, 1995, 31: 81-101.
 35. van het Loo M., Kahan JP, Okma KGH. Developments in health care cost containment in the Netherlands. In: Mossialos, E., Le Grand, J., ed. *Health care and cost containment in the European Union*. Aldershot, Ashgate, 1999: 573-603.
 36. Commissie Dekker. *Bereidheid tot Veranderen [Willingness to change]*. 's-Gravenhage, Distributiecentrum Overheidspublicaties, 1987.
 37. Putters K, Grinten TED van der. Maatschappelijk ondernemen in de zorg. In: Elsinga E. ed. *Handboek Structuur en Financiering Gezondheidszorg*, Utrecht, Maaßen, 1999: 37-73.
 38. van de Ven WPMM. The Netherlands. In: Ham, C., ed. *Health care reform. Learning from international experience*. Buckingham, Open University Press, 1997: 87-103.
 39. Elsinga E. Political decision-making in health care: the Dutch case. *Health policy*, 1989, 11: 243-255.
 40. Schut FT. Workable competition in health care: prospects for the Dutch design. *Social science and medicine*, 1992, 35: 1445-1455.
 41. van de Ven WPMM, Schut FT. Should catastrophic risks be included in a regulated competitive health insurance market? *Social Science and Medicine*, 1994, 39: 1459-1472.
 42. van Barneveld EM, van Vliet RCJA, van de Ven WPMM. Mandatory high- risk

- pooling: an approach to reducing incentives for cream skimming. *Inquiry*, 1996, 33: 133-143.
43. van de Ven WPMM, van Vliet RCJA. How can we prevent cream skimming in a competitive health insurance market? The great challenge for the 90s. In: Zweifel P, Frech HE. ed. *Health economics worldwide*. Dordrecht: Kluwer, 1992: 72-95.
 44. van de Ven WPMM, SCHUT FT. Forming and reforming the market for third-party purchasing of health care. *Social science and medicine*, 1994, 39:1405-1412.
 45. van de Ven WPMM., Ellis RP. Risk adjustment in competitive health plan markets. In: Cuyler, A.J., Newhouse, J.P., ed. *Handbook of health economics*. Amsterdam, Elsevier, Vol.. 2, 2000: 757-780.
 46. Council of Public Health and Health Care. *De rollen verdeeld [Dividing the roles]*. Zoetermeer, RVZ, 1999.
 47. Sociaal Economische Raad (Social and Economic Council). *Towards a sound system of medical insurance*. The Hague, SER, 2000.
 48. College voor zorgverzekeringen (Health Care Insurance Board). *The basic package: contents and borders*. Amsterdam, CVZ, 2001.
 49. Ministry of Health, Welfare and Sport. *A question of demand (Vraag aan bod)* (http://www.minvws.nl/images/broch-question-demand_tcm11-45284.pdf, accessed 1 September 2004), 2004.
 50. WHO. *The World health report 2000. Health Systems: Improving Performance*. Geneva, World Health Organization, 2000.

Дополнительная литература

Bakker FM, van Vliet RCJA. The introduction of deductibles for prescription drugs in a national health insurance: compulsory or voluntary? *Health policy*, 1995, 31:53-65.

Björkman JW, Okma GH. The institutional heritage of Dutch health policy reforms. In: Björkman JW, Altenstetter C, ed. *Health policy, national schemes and globalization*. London, MacMillan, 1997: 79-108.

Boeije HR et al. Een verzorgde toekomst. Toekomstscenario's voor verpleging en verzorging [A secured future. Future scenarios for nursing and care]. Utrecht, NIZW and Vakgroep Verpleging, 1997.

Brouwer WBF, Hermans HEGM. Private clinics for employees as a Dutch solution for waiting lists: economic and legal arguments. *Health policy*, 1999, 47: 1-17.

Brouwer WBF, Schut FT. Health care financing — priority care for employees: a blessing in disguise? *Health economics*, 1999, 8: 65-74.

Casparie AF, Hermans, HEGM, Paelinck JHP, eds. *Competitive health care in Europe: future prospects*. Aldershot, Dartmouth, 1990.

Commissie Modernisering Curatieve Zorg (commissie Biesheuvel). *Gedeelde Zorg, betere zorg* [Shared care, better care]. Rijswijk, Ministerie van WVC [Ministry of Welfare, Health and Cultural Affairs], 1994.

Commissie Versterking Collectieve Preventie Volksgezondheid (Commissie Lemstra). *Gemeentelijk gezondheidsbeleid; beter op zijn plaats* [Municipal health policy; better in its place]. Rijswijk, Ministerie van VWS [Ministry of Health, Welfare and Sport], 1996.

den Exter AP, Hermans HEGM. Constitutional rights to health care: the consequences of placing limits on the right to health care in several western and eastern European countries. *European journal of health law*, 1998, 5: 261-289.

Enthoven AC. *Theory and practice of managed competition in health care finance*. Amsterdam, North-Holland, 1988.

France G, Hermans HEGM. Choices in health care in Italy and the Netherlands,

Part I: economic dimensions. In: Leidl R. ed. *Health care financing and the single European market*. Amsterdam, IOS Press, 1998.

Gemeentelijke betrokkenheid collectieve preventie [Local governments' involvement in collective prevention]. Rijswijk, Health Care Inspectorate, Parliamentary Year 1995-1996, (Publication TK 22894, no. 10).

Government Committee on Choices in Health Care. *Choices in Health Care*. Rijswijk, Ministry of Welfare, Health and Cultural Affairs, 1992.

Hermans H, Tiems I. Convergence in the Dutch health insurance: possibilities and obstacles in a European perspective. *European journal of law and economics*, 1997, 4: 371-388.

Hermans HEGM, Exter AP den. Priorities and priority-setting in health care in the Netherlands. *Croatian medical journal*, 1998, 39: 346-355.

Hermans HEGM, France G. Choices in health care in Italy and the Netherlands, Part II: legal dimensions. In: Leidl R. ed. *Health care financing and the single European market*. Amsterdam, IOS Press, 1998.

Kerff RGHG. *Persoonsgebonden budgetten in de ouderenzorg. Invoeringsmogelijkheden in de thuiszorg en de verzorgingstehuizen [Personal budgets in health care for the elderly. Possibilities for introducing a personal budget system for home care and residential care]*. Erasmus University Rotterdam (dissertation), 1998.

Landelijke Vereniging van Thuiszorg [National Association for Home Care]. *Jaarboek Thuiszorg 1995 [Annual report on home health care 1995]*. Utrecht, NZi/LVT, 1997.

Leenen HJJ et al. ed. *The promotion of the rights of patients in Europe*. Deventer, Kluwer Law and Taxation Publishers, 1993.

Leenen HJJ, Pinet G, Prims AV, *Trends in health legislation in Europe*. Paris, Masson/World Health Organization, 1988.

Lieverdink H. The marginal success of regulated competition policy in the Netherlands. *Social science and medicine*, 2001, 52: 1183-1194.

Maarse J, Paulus A. Health insurance reforms in the Netherlands, Belgium and Germany: a comparative analysis. In: Leidl R. ed. *Health care financing and the single European market*. Amsterdam, IOS Press, 1998.

Maarse JAM. Hospital budgeting in Holland: aspects, trends and effects. *Health policy*, 1989, 11: 257-276.

Miltenburg T, Ramakers CL. ed. *Evaluatie Subsidieregeling Persoonsgebonden Budget Verpleging en Verzorging 1995 [Evaluation of the 1995 subsidy scheme for personal home care budgets]*. Nijmegen, ITS, 1996.

Ministry of Health, Welfare and Sport. *Kostenbeheersing in de Zorgsector [Cost containment in the care sector]*. Second Chamber, Parliamentary Year 1994-1995 (Publication 21124, no. 1-2).

Ministry of Health, Welfare and Sport. *Zorgnota 2000* [Care memorandum 2000]. Rijswijk, Ministry of Health, Welfare and Sport, (Kamerstukken II1999-2000, Publication 26801, no. 1-3), 2000.

Ministry of Health, Welfare and Sport. Health Insurance in the Netherlands. *International Publication Series Health Welfare and Sport*, no. 1E, 2004.

Ministry of Welfare, Health and Cultural Affairs. *Nota 2000 [Health 2000 Memorandum]*. Leidschendam, Ministry of Health, Welfare and Cultural Affairs, 1987.

Ministry of Welfare, Health and Cultural Affairs. *Changing health care in the Netherlands*. Rijswijk, Ministry of Health, Welfare and Cultural Affairs (WVC), 1988.

Okma GH. *Studies on Dutch health care politics, policies and law*. Utrecht University (thesis), 1997.

Pool J. Hospital management: integrating the dual hierarchy. *International journal of health planning and management*, 1991, 6: 193-207.

Riteco JA. Geneesmiddelenbeleid in Nederland: is er veel veranderd de afgelopen 10 jaar? [Pharmaceutical policy in the Netherlands]. *Zorg en Verzekering*, January: 5-17, 1999.

Saltman RB, Roo AA de. Hospital policy in the Netherlands: the parameters of structural statements. *Journal of health politics, policy and law*, 1989, 14: 773-795.

Scholten GRM, Roex AJM, Sindram JW, Cost control and medical specialist payment. The Dutch alternative. *The international journal of health planning and management*, 1998, 13: 69-82.

Schut FT. Health care reform in the Netherlands: balancing corporatism, etatism and market mechanisms. *Journal of health politics, policy and law*, 1995, 20: 615-652.

Schut FT, van Doorslaer EKA. Towards a reinforced agency role of health insurers in Belgium and the Netherlands. *Health policy*, 1999, 48: 47-67.

Shuttleworth G. The health care system in the Netherlands. In: Hoffmeyer, U.K., McCarthy TR, ed. *Financing health care*. Vol. 1. Dordrecht, Kluwer Academic Publishers, 1994.

van Barneveld EM, van Vliet RCJA, van de Ven WPMM, Mandatory pooling as a supplement to risk-adjusted capitation payments in a competitive health insurance market. *Social science and medicine*, 1998, 47: 223-232.

van Barneveld EM, van Vliet RCJA, van de Ven WPMM, Risk sharing between competing health plans and sponsors. *Health affairs*, 2001, 20(3): 253-262.

van de Ven WPMM. Perestrojka in the Dutch health care system. *European economic review*, 1991, 35: 430-440.

van de Ven WPMM. Choices in health care: a contribution from the Netherlands. *British medical bulletin*, 1995, 51: 781-790.

- van de Ven WPMM, Schut FT, Rutten FFH, Risk-adjusted capitation: recent experiences in the Netherlands. *Health affairs*, 1994, 13(5): 120-137.
- van der Grinten TED. Scope for policy: essence, operation and reform of policy of Dutch health care. In: Gunning-Schepers LJ et al, ed. *Fundamental questions about the future of health care*. The Hague, SDU, 1996.
- van der Grinten TED, Kasdorp JP. Choices in Dutch health care: mixing strategies and responsibilities. *Health policy*, 1999, 50: 105-122.
- van der Grinten, TED, Kasdorp, J. 25 jaar sturing in de gezondheidszorg: van verstatelijking naar ondernemerschap [25 years steering in health care]. The Hague, SCP, 1999.
- van der Made J, Maarse H. Access to health care in the Netherlands. In: Leneghan J. ed. *Hard choices in health care: rights and rationing in Europe*. London, BMJ Publishing Group, 1997.
- van Rooj E, Droyan Kodner L, Rijsemus T, Schrijvers G. eds. *Health and health care in the Netherlands. A critical self-assessment by Dutch experts in the medical and health services*. Maarssen, Elsevier/De Tijdstroom, 2002.
- van Vliet RCJA. Beperkte vormen van 'pooling' als aanvulling op demografisch bepaalde normuitkeringen [Mandatory pooling as a remedy for crude risk-adjusted capitation payments to health plans]. *Tijdschrift voor sociale gezondheidszorg*, 1997, 75: 244-251.
- van Vliet RCJA., van de Ven WPMM. Towards a capitation formula for competing health insurers: an empirical analysis. *Social science and medicine*, 1992, 34: 1035-1048.
- Willems JHBM. Privatisering van de Ziektewet. Het medisch draagvlak wordt kleiner [Privatization of the Sickness Benefits Act]. *Medisch Contact*, 1998, 53: 423-426.
- Ziekenfondsraad (Sickness Fund Council). *Evaluatie Overeenkomstenstelsel Ziekenfondswet en Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten [Evaluation of the Contracting System of the Sickness Fund Act and the Exceptional Medical Expenses Act]*. Amstelveen, ZFR, Report 673, 1995.

Основные законы

Ziekenfondswet (*Sickness Fund Act*) of 15 October 1964, Staatsblad (*Official journal of the state*), 392.

Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (*Exceptional Medical Expenses Act*) of 14 December 1967, Staatsblad (*Official journal of the state*), 617.

Wet Ziekenhuis Voorzieningen (*Hospital Provision Act*) of 25 March 1971, Staatsblad (*Official journal of the state*), 268.

Wet Tarieven Gezondheidszorg (*Health Care Prices Act; also known as the Health Care Charges Act*) of 20 November 1980, Staatsblad (*Official journal of the state*), 646.

Wet op de toegang tot ziektekostenverzekeringen (*Health Insurance Access Act; also known as the Medical Insurance Access Act*) of 27 March 1986, Staatsblad (*Official journal of state*), 123.

Uitvoeringsbesluit Vergoedingen Particulier Verzekerden (*Executive Regulation on Privately Insured*) of March 27, 1986, Staatscourant (*Journal of the state*), 61.

Wet beperking contracteerplicht (*Act on Limiting Mandatory Contracting*) of 29 May 1991, Staatsblad (*Official Journal of the State*), 584 and 585.

Besluit Zorgaanspraken Bijzondere Ziektekostenverzekering (*Directive on Entitlement to Exceptional Health Insurance Provisions*) of 20 November 1991, Staatsblad (*Official journal of the state*), 590.

Verstrekkingsbesluit Ziekenfondsverzekering (*Directive on Sickness Fund Insurance Provisions*) of 4 January 1996, Staatsblad (*Official journal of the state*), 3.

Словарь терминов

Голландское название	Голландское сокращение	Русское название
Algemene Maatregel van Bestuur	AMvB	Нормативная инструкция
Algemeen Psychiatrische Ziekenhuis	APZ	Психиатрическая больница
Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten	AWBZ	Закон о чрезвычайных медицинских расходах
Auditdienst	AD	Отдел аудита
Bereidheid tot veranderen		Доклад комитета Деккера «Готовность к переменам»
Centraal Bureau voor de Statistiek	CBS	Статистическое бюро Нидерландов
Centrale raad voor Beroep	CRvB	Центральный апелляционный суд
College bouw Ziekenhuisvoorzieningen	CBZ/NBHF	Совет Нидерландов по больницам
College Tarieven Gezondheidszorg (voorheen: Centraal Orgaan Tarieven Gezondheidszorg, COTG)	CTG	Комиссия по тарифам на медицинские услуги; также Управление по тарифам на медицинские услуги (ранее Центральный совет по расценкам на медицинские услуги (COTG))
College ter Beoordeling van Geneesmiddelen	CBG/MEB	Комиссия по оценке лекарственных средств
College van toezicht op de zorgverzekeringen (voorheen: Commissie toezicht uitvoeringsorganisatie, CTU)	CTZ	Наблюдательный совет по медицинскому страхованию (ранее Совет фондов медицинского страхования)
College voor zorgverzekeringen (voorheen: Ziekenfondsraad)	CVZ	Комиссия по медицинскому страхованию (ранее Совет фондов медицинского страхования)
Directie Bestuursondersteuning	DBO	Отдел поддержки руководства
Directie Financieel-Economische Zaken	FEZ	Финансово-экономический отдел
Directie Geestelijke gezondheidszorg, Verslavingszorg en Maatschappelijke opvang	GVM	Отдел психического здоровья и проблем наркомании

Голландское название	Голландское сокращение	Русское название
Directie Gehandicaptenebeleid	DGB	Отдел по проблемам инвалидов
Directie Geneesmiddelen en Medische Technologie	GMT	Отдел лекарственных средств и медицинских технологий
Directie Innovatie, Beroepen en Ethiek	IBE	Отдел инноваций, профессий и этики
Directie Internationale Zaken	IZ	Отдел по иностранным делам
Directie Jeugdbeleid	DJB	Отдел молодежной политики
Directie Macro-Economische Vraagstukken en Arbeidsvoorwaardenbeleid	MEVA	Отдел экономических дел и трудовой рыночной политики
Directie Personeel & Organisatie	DP&O	Организационно-кадровый отдел
Directie Preventie en Openbare Gezondheidszorg	POG	Отдел профилактики и общественного здравоохранения
Directie Sociaal Beleid	DSB	Отдел социальной политики
Directie Sport	DS	Отдел спорта
Directie Verpleging, Verzorging en Ouderen	DVVO	Отдел помощи престарелым
Eenheid Oorlogsgetroffenen en Herinnering WOII	OHW/VRW	Отдел памяти жертв Второй мировой войны
Directie Voeding en Gezondheidsbescherming	VGB	Отдел пищевых продуктов и охраны здоровья
Directie Voorlichting en Communicatie	DVC	Отдел информации и связи
Directie Wetgeving en Juridische Zaken	WJZ	Финансово-экономический отдел
Directie Zorgverzekeringen	Z	Отдел медицинского страхования
Eerste Kamer der Staten-Generaal	EK	Первая палата, или сенат
Facilitaire Dienst	FD	Отдел материального обеспечения
Financieel en Personeel Beheer	FPB	Финансово-кадровое управление
Gemeentelijke Indicatiecommissie	GIC	Муниципальный комитет по оценке потребностей
Geneesmiddelvergoedingssysteem	GVS	Система базовых цен
Gezondheidsraad	GR	Совет по вопросам здоровья
Huisarts		Семейный врач/врач общей практики
Huisartsen registratie commissie	HRC	Комитет по регистрации врачей общей практики
Inspectie voor de Gezondheidszorg	IGZ	Инспекторат по здравоохранению
Inspectie Jeugdzorg	IJZ	Инспекторат по делам молодежи
Kiezen en Delen		Доклад Комитета Даннинга «Возможные пути здравоохранения»

Голландское название	Голландское сокращение	Русское название
Koninklijke Nederlandse Maatschappij ter bevordering van de Geneeskunde	KNMG	Голландская королевская медицинская ассоциация
Kwaliteitswet Zorginstellingen	KZ	Закон о качестве учреждений здравоохранения
Mededingingswet		Антимонопольный закон
Medisch handelen op een Tweesprong		Доклад Совета по вопросам здоровья «Медицина на распутье»
Ministerie van Economische Zaken	MEZ	Министерство экономики
Ministerie van Financiën	MF	Министерство финансов
Ministerie van Sociale Zaken en Werkgelegenheid	SZ	Министерство социальных дел и занятости
Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport	VWS	Министерство здравоохранения, социального обеспечения и спорта
Nederlandse Mededingings autoriteit	Nma	Голландское антимонопольное агентство
Nederlandse Patiënten/Consumenten Federatie	NP/CF	Голландская федерация больных и потребителей
Psychiatrische Afdeling Algemeen Ziekenhuis	PAAZ	Психиатрическое отделение больницы общего профиля
Raad voor de Volksgezondheid en Zorg	RVZ	Совет по здравоохранению и общественному здоровью (ранее Национальный совет по общественному здоровью)
Regeerakkoord		Правительственный манифест
Raad voor Gezondheidsonderzoek	RG	Консультационный совет по медицинским исследованиям
Raad voor Maatschappelijke Ontwikkeling	RMO	Совет по социальному развитию
Regionale Instelling voor Beschermende Woonvormen	RIBW	Дом опеки
Regionaal Instituut voor Ambulante Geestelijke Gezondheidszorg	RIAGG	Региональный центр амбулаторной психической помощи
Rijksinstituut voor de Volksgezondheid en Milieuhygiëne	RIVM	Национальный институт общественного здравоохранения и окружающей среды
Sociaal Cultureel Planbureau	SCP	Управление социокультурного планирования
Staatsblad	Stb	Официальный государственный вестник, Бюллетень законов и постановлений
Structuurnota Gezondheidszorg		Программный документ «Организация здравоохранения»
Tweede Kamer der Staten-Generaal	TK	Вторая палата парламента

Голландское название	Голландское сокращение	Русское название
Universitair Huisartengeneeskunde instituut	UHI	Академический институт врачей общей практики
Vereniging van Nederlandse Gemeenten	VNG	Ассоциация голландских муниципалитетов
Voedsel- en Waren Autoriteit	VWA	Управление по безопасности продуктов питания и потребительских товаров
Volksgesondheid Toekomst Verkenningen	VTV	Доклад «Состояние здоровья населения и прогноз на будущее»
Wet op de Arbeidsongeschiktheids verzekering	WAO	Закон о пособиях по инвалидности
Wet op de Beroepen in de Individuele Gezondheidszorg	BIG	Закон об отдельных медицинских профессиях
Wet op Bijzondere Medische Verrichtingen	WBMV	Закон о специальных медицинских процедурах; также Закон об особых медицинских процедурах
Wet Collectieve Preventie	WCP	Закон о государственной профилактике
Wet Financiering Volksverzekeringen	WFV	Закон о финансировании национального страхования
Wet Geneeskundige Behandelingsovereenkomst	WGBO	Закон о согласии на медицинскую помощь
Wet op de Geneesmiddelenvoor ziening	WGV	Закон о снабжении лекарственными средствами
Wet inzake Bloedvoorziening		Закон о запасах крови
Wet Klachtrecht Cliënten Zorgsector	WKCZ	Закон о жалобах в сфере здравоохранения
Wet Medefinanciering Oververtegenwoordiging Oudere Ziekenfondsverzekerden	MOOZ	Закон о со-финансировании в фондах медицинского страхования лиц пожилого возраста; также Закон о со-финансировании непропорционально большого числа лиц пожилого возраста в программах медицинского страхования
Wet Medezeggenschap Cliënten Zorginstellingen	WMCZ	Закон о представительстве клиентов
Wet Prijzen Geneesmiddelen	WPG	Закон о ценах на лекарственные средства
Wet Tarieven Gezondheidszorg	WTG	Закон о тарифах на медицинские услуги; также Закон о расценках на медицинские услуги
Wet op de Toegang tot Ziektekostenverzekeringen	WTZ	Закон о доступе к медицинскому страхованию

Нидерланды

Голландское название	Голландское сокращение	Русское название
Wet op de Toegang tot Ziektekostenverzekeringen, 1998	WTZ1998	Закон о доступе к медицинскому страхованию от 1998 г.
Wet Uitoefening Geneeskunde	WUG	Закон о медицинской практике
Wet Ziekenhuisvoorzieningen	WZV	Закон об обеспечении стационарной помощью; также Закон о больницах
Wetenschappelijke Raad voor het Regeringsbeleid	WRR	Научный совет по государственной политике
Ziekenfondsbesluit		Постановление о фондах медицинского страхования
Ziekenfondswet	ZFW	Закон о фондах медицинского страхования
Ziektewet zorgkantoor	ZW	Бюро по выплате пособий по болезни
Zorgverzekeraars Nederland	ZN	Объединение медицинских страховых организаций Нидерландов
Ziektekostenregeling ambtenaren	IZA	Схема медицинского страхования государственных служащих
Ziektekostenregeling provincies	IZR	Схема медицинского страхования в органах власти провинций
Ziektekostenregeling politie	DGVP	Медицинская служба полиции

Системы здравоохранения: время перемен

Серия обзоров, подготовленных Европейской обсерваторией по системам здравоохранения

Обзоры серии «Системы здравоохранения: время перемен» содержат всесторонний анализ систем здравоохранения отдельных стран, а также реформ здравоохранения, проводимых или разрабатываемых. Обзоры призваны предоставить информацию для сравнения и помочь руководителям и исследователям совершенствовать и преобразовывать здравоохранение в странах Европы и за ее пределами. Обзоры представляют собой элементы единого целого, которые позволяют:

- подробно узнать о различных методах финансирования, организации и предоставления медицинских услуг;
- точно описать развитие, содержание и проведение реформ здравоохранения;
- обозначить характерные трудности, а также области, которые требуют более глубокого исследования;
- предоставить руководителям и исследователям европейских стран возможность делиться сведениями о здравоохранении и обмениваться опытом его реформ.

Как получить обзор

Все обзоры (в формате PDF) можно найти на сайте www.observatory.dk. Там же можно подписаться на рассылку ежемесячно обновляемых материалов о деятельности Европейской обсерватории по системам здравоохранения, включая новые обзоры систем здравоохранения, книги из серии совместных публикаций с издательствами Open University Press (на английском) и «Весь мир» (на русском), политические сводки, информационный бюллетень «EuroObserver» и журнал «EuroHealth». Печатный экземпляр обзора заказывайте по адресу

observatory@who.dk
или по телефону (+45) 39 17 17 17.

Издания
Европейской
обсерватории
по системам
здравоохранения
читайте на сайте
www.observatory.dk

Нидерланды

На сегодня опубликованы обзоры по следующим странам:

Австралия (2002)
Австрия (2001^д)
Азербайджан (1996, 2004)
Албания (1999, 2002^{а,ж})
Андорра (2004)
Армения (1996, 2001^ж)
Белоруссия (1997)
Бельгия (2000)
Болгария (1999, 2003^б)
Босния и Герцеговина (2002^ж)
Великобритания (1999^ж)
Венгрия (1999, 2004)
Германия (2000^д, 2004^д)
Греция (1996)
Грузия (2002^{б,ж})
Дания (2001)
Израиль (2003)
Исландия (2003)
Испания (1996, 2000^г)
Италия (2001)
Казахстан (1999^ж)
Канада (1996)
Киргизия (1996, 2000^ж)
Латвия (1996, 2001)
Литва (1996, 2000)
Люксембург (1999)
Македония (2000)
Мальта (1999)
Молдова (1996, 2002^ж)
Нидерланды (2004)
Новая Зеландия (2002)
Норвегия (2000)
Польша (1999)
Португалия (1999, 2004)
Россия (1998, 2003^ж)
Румыния (1996, 2000^е)
Словакия (1996, 2000, 2004)
Словения (1996, 2002)
Таджикистан (1996, 2000)
Туркмения (1996, 2000)
Турция (1996, 2002^{ж,з})
Узбекистан (2001^ж)
Украина (2004^ж)
Финляндия (1996, 2002)
Франция (2004^и)
Хорватия (1999)
Чешская Республика (1996, 2000)
Швейцария (2000)
Швеция (1996, 2001)
Эстония (1996, 2000)

Примечание

Все обзоры изложены на английском языке. Переводы на другие языки помечены:

- ^а албанский
- ^б болгарский
- ^в грузинский
- ^г испанский
- ^д немецкий
- ^е румынский
- ^ж русский
- ^з турецкий
- ^и французский