



Реферат обзора

Израиль

Введение

Государственный строй и новейшая политическая история

Государство Израиль образовано в 1948 г. Израиль — парламентская республика с многопартийной системой. Глава государства — президент, избираемый парламентом. Тяжелое бремя для израильской экономики — многолетние конфликты с соседними арабскими странами и высокий уровень иммиграции. Разрыв в уровне доходов между разными слоями населения — один из самых высоких в развитых странах. Длительный процесс децентрализации управления привел к значительной независимости местных властей, хотя большую часть средств они получают от центрального правительства.

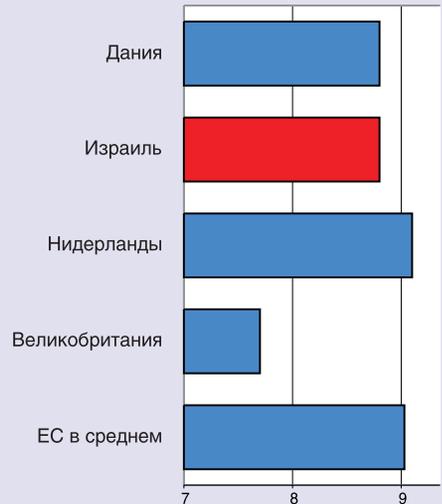
Население

В 2000 г. население Израиля составляло 6,4 миллиона человек (78% — евреи, среди остальных 22% — преимущественно арабы-мусульмане). Плотность населения одна из самых высоких в развитых странах; более 60% живет в городах на побережье Средиземного моря и лишь 10% — в сельской местности. Сравнительно высокая рождаемость (2,95 на одну женщину) сочетается с ростом числа пожилых людей: 29% населения моложе 15 лет и 10% старше 64. В Израиле два государственных языка: иврит и арабский.

Средняя продолжительность жизни

В 1999 г. средняя продолжительность жизни составляла 76,6 года для мужчин и 80,4 года для женщин. За последние два десятилетия продолжительность жизни уве-

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



Источник: база данных «Здоровье для всех» Европейского регионального бюро ВОЗ, июнь 2004 г.
ЕС в среднем — 15 стран ЕС до 1 мая 2004 г.

личилась на 4,8 года для мужчин и 5,0 года для женщин.

Основные причины смерти

Основные причины смерти — сердечно-сосудистые заболевания, злокачественные новообразования, инсульт, сахарный диабет и несчастные случаи. Из злокачественных новообразований у женщин чаще все-

Европейская обсерватория
по системам здравоохранения,
Европейское региональное бюро ВОЗ
Адрес: Scherfigsvej 8 DK-2100 Copenhagen
Denmark
Телефон: +45 39 17 17 17
Факс: +45 39 17 18 70
Электронная почта: observatory@who.dk
Сайт в интернете: <http://www.observatory.dk>

го встречается рак молочной железы, а у мужчин — рак предстательной железы (у евреев) и рак легкого (у арабов).

Новейшая история здравоохранения

За минувшие сто лет в развитие системы здравоохранения Израиля внесли вклад добровольные больничные кассы (первоначально называвшиеся страховыми фондами), некоммерческие организации, Британская администрация, а после 1948 г. — правительство Израиля. Первую больничную кассу основали в 1911 г. рабочие союзы, чтобы обеспечить медицинской помощью рабочих и их семьи и дать работу врачам-иммигрантам. Все четыре ныне действующие больничные кассы появились между 1920 г. и началом 1940-х гг. Важную роль сыграла медицинская организация «Хадасса», которая в 1918 г. начала основывать больницы в городах.

До введения в 1995 г. системы государственного медицинского страхования (ГМС) большую часть медицинских услуг предоставляли больничные кассы. К концу 1980-х гг. примерно 95% населения состояло в какой-либо из конкурирующих больничных касс, которые оказывали своим членам большинство видов лечебной помощи либо непосредственно, либо по контракту с другими организациями.

В 1988 г. для изучения проблем национального здравоохранения правительство создало так называемую комиссию Нетаньяху. Комиссия вскрыла ряд недостатков — неравную доступность медицинских услуг, плохую организацию и недовольство медицинских работников своим положением — и выработала рекомендации по их преодолению. Эти рекомендации послужили основой для введения в 1995 г. системы ГМС и реорганизации Министерства здравоохранения.

Финансирование здравоохранения и ВВП

В 2002 г. расходы Израиля на здравоохранение составили 8,8% от ВВП; это чуть вы-

ше среднего по странам Европейского союза, входившим в него к маю 2004 г. На долю государства в том же году приходилось 68% расходов.

Краткое содержание реферата

Комиссия Нетаньяху 1998 г. дала толчок тщательному изучению, а затем реформам израильского здравоохранения. Выявив ряд недостатков системы, она выработала важные рекомендации, принятые Министерством здравоохранения. В результате в 1995 г. было введено ГМС. Кроме того, была сделана попытка превратить государственные больницы в независимые больничные тресты — пока что безуспешная. Несмотря на определенные улучшения в организации здравоохранения и медицинском обслуживании, трудностей по-прежнему много — среди них неравный доступ к медицинской помощи, старение населения и политическая нестабильность.

Структура здравоохранения

Израиль — парламентская республика; Кнессет (парламент) утверждает законы и бюджет, осуществляя таким образом общее руководство здравоохранением. Однако важную роль играют и другие организации — как правительственные (в том числе Министерство здравоохранения и Министерство финансов), так и неправительственные (в том числе больничные кассы, больницы и медицинские профсоюзы).

Министерство здравоохранения отвечает за здоровье нации и работу системы здравоохранения в целом. Оно занимается регулированием и общим руководством, разрабатывает политику общественного здравоохранения; владеет примерно половиной больничных коек общего профиля,

двумя третями мест в психиатрических больницах и одной десятой коек для хронических больных.

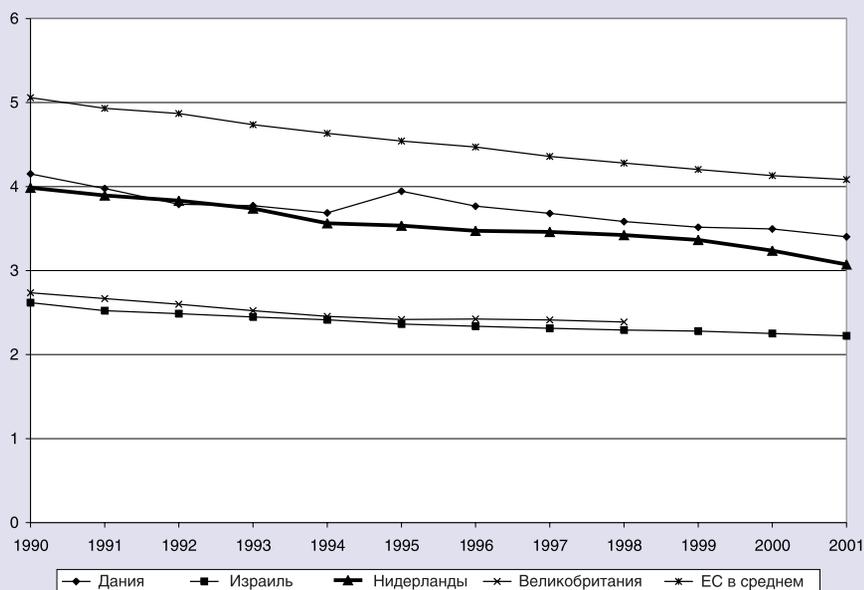
Министерство финансов разрабатывает бюджет и следит за его выполнением. Оно стремится сдерживать государственные расходы на здравоохранение и ограничивать число врачей в государственном секторе. Служба национального страхования (СНС) взимает целевой налог на здравоохранение (см. ниже); Армия обороны Израиля обеспечивает медицинскую помощь военнослужащим.

Четыре больничные кассы — негосударственные добровольные некоммерческие организации — обеспечивают своим членам доступ к набору услуг, определенному законом о государственном медицинском страховании. За каждого члена больничной кассы государство ежегодно выплачивает ей определенную сумму. Половина больниц также являются негосударственными. Кроме того, важную роль

в системе здравоохранения играют медицинские профсоюзы, объединения работников неотложной помощи и другие добровольные организации.

Закон 1995 г. о государственном медицинском страховании был призван решить такие организационные проблемы, как излишняя политизированность здравоохранения (ряд больничных касс связан с политическими организациями) и недостатки в законодательстве, касающемся деятельности больничных касс. Однако, по мнению комиссии Нетаньяху, большим недостатком является также двойственная роль Министерства здравоохранения: оно одновременно и регулирует, и предоставляет медицинские услуги, что нецелесообразно и может вести к злоупотреблениям. Сейчас предпринимаются попытки частично передать предоставление медицинских услуг другим организациям в надежде повысить эффективность здравоохранения.

Рисунок 2. Число больничных коек на 1000 населения в Израиле и других странах в 1990—2001 гг.



Источник: база данных «Здоровье для всех» Европейского регионального бюро ВОЗ, июнь 2004 г.
ЕС в среднем — 15 стран ЕС до 1 мая 2004 г.

Планирование, регулирование и управление

В Израиле не существует ни подробного плана развития здравоохранения, ни постоянного учреждения, которое бы ставило общенациональные задачи в этой области. На планирование и разработку политики больше влияют независимые временные комиссии, подобные комиссии Нетаньяху, чем Министерство здравоохранения.

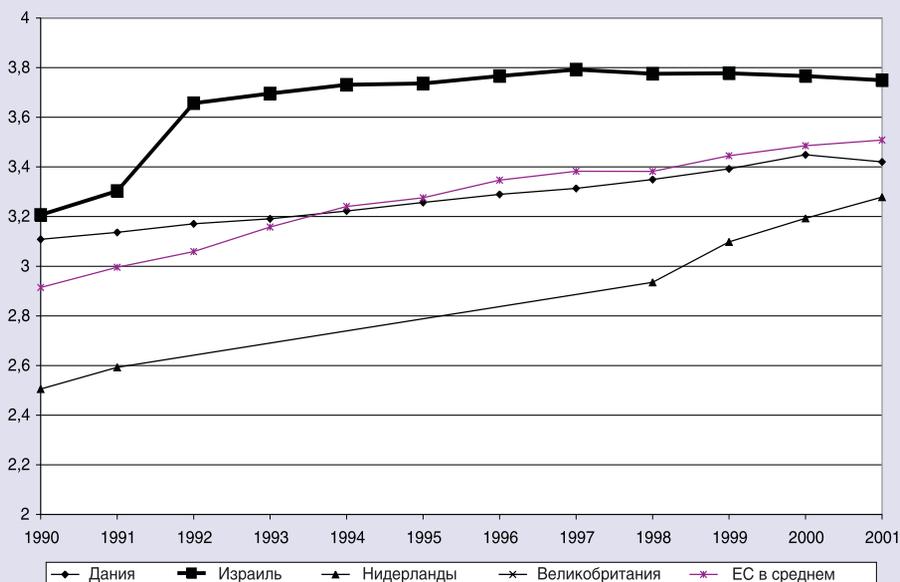
До введения ГМС и принятия в середине 1990-х гг. Закона о правах больных регулирование негосударственного здравоохранения ограничивалось бюджетным контролем, денежными ассигнованиями и убеждением. После упомянутых реформ у Министерства здравоохранения появились новые сферы деятельности, такие как обязательное фторирование питьевой воды, долговременный уход за хронически больными, права больных и курение в общественных местах. Эти задачи добави-

лись к имевшимся ранее, среди которых: безопасность продуктов питания, воды и лекарственных средств, выдача лицензий работникам здравоохранения, крупные капиталовложения и оплата койко-дней в больницах. Однако в некоторых областях (пищевые добавки и качество продуктов питания, медицинский персонал и качество экстренной помощи) регулирование еще недостаточно.

Децентрализация здравоохранения

Комиссия Нетаньяху рекомендовала децентрализовать управление медицинским обслуживанием, однако руководство здравоохранением по-прежнему сосредоточено в центре. Здесь разрабатываются планы и методы, которые должны применяться на местах, хотя для учета местных особенностей допускаются некоторые отклонения от предписаний.

Рисунок 3. Число врачей на 1000 населения в Израиле и других странах в 1990—2001 гг.



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

ЕС в среднем — 15 стран ЕС до 1 мая 2004 г.

В последние десять лет в этой области произошел ряд существенных перемен. Центральное управление (особенно государственными больницами) отчасти передано на более низкие административные уровни. Передачи полномочий на местный уровень не произошло; напротив, многие функции больничных касс были переданы центральному правительству. Предпринимались также попытки приватизации, но пока без особого успеха.

Финансирование и затраты

Основная система финансирования и покрываемые ею расходы

Израильское здравоохранение финансируется отчасти системой медицинского страхования, отчасти из налоговых поступлений. Средства поступают преимущественно из государственных источников — в виде отчислений из заработной платы и из средств общего налогообложения. В последние годы выросла доля частных средств.

Налоговые поступления, образующиеся из подоходного налога, налога на добавленную стоимость и таможенных сборов, составляют меньше 50% общего финансирования здравоохранения. Целевые отчисления из заработной платы, которые собирает СНС, составляют 25%. Многие группы населения, в том числе пенсионеры и те, кто получает пособия по бедности, от этих отчислений освобождены. Средства ГМС распределяются между четырьмя больничными кассами.

Закон о ГМС ввел всеобщее страхование населения; в нем определен также набор медицинских услуг. До реформы примерно 5% населения не было застраховано. Больничным кассам было выгодно «снимать сливки», выбирая молодых здоровых людей, при этом набор услуг не был четко определен. Многие вопросы, однако, не решены и сегодня: в частности, здравоохранение испытывает все возрастающую нехватку средств.

Набор медицинских услуг

Закон о ГМС определяет набор медицинских услуг, который каждый житель Израиля может получить от выбранной им больничной кассы. Сюда входят все стационарное лечение, медицинское обслуживание по месту жительства и лекарственные средства.

Государственный набор медицинских услуг не включает долговременный уход за хроническими больными, психиатрическую и стоматологическую помощь, профилактические мероприятия и услуги санитарно-эпидемиологических служб. Долговременный уход частично оплачивает само население, частично различные организации: СНС, министерства и больничные кассы. Пациенты непосредственно оплачивают лабораторные исследования, услуги частных хирургических клиник, услуги альтернативной медицины, услуги частных медицинских сестер и частной скорой помощи, посещения психологов и психиатров, услуги оптиков и стоматологов. За стоматологическую помощь для малоимущих, престарелых и детей школьного возраста отчасти платит государство.

С 1997 г. в Израиле действует система регулярного пересмотра набора медицинских услуг путем тщательного анализа обширной информации. Система не лишена недостатков (не используется анализ экономической эффективности, мало учитываются потребности и запросы населения), но тем не менее это важный шаг вперед в деле совершенствования управления здравоохранением.

Дополнительные источники финансирования

Дополнительные источники составляют около 13% финансирования больничных касс; около 5% приходится на дополнительное медицинское страхование. Расходы населения на медицинское обслуживание за последние годы выросли и в 1999 г. составили 8,3% от объема личного потребления.

Прямые платежи населения

Частичная оплата издавна применялась в израильском здравоохранении. До введения ГМС частично оплачивались в основном государственные услуги (больничные кассы вносили доплату главным образом за лекарственные средства). Закон о ГМС запретил больничным кассам повышать величину доплаты. В 1998 г. Кнессет отменил это положение, позволив всем больничным кассам поднять уровень доплаты за лекарственные средства, а также взимать плату за услуги специалистов и диагностических центров по месту жительства.

Эти меры были призваны помочь больничным кассам преодолеть бюджетный дефицит.

Доплаты рассчитаны так, чтобы быть как можно менее обременительными для людей. От доплат освобождены те, кто получает государственное пособие; установлен квартирный потолок суммы доплат на семью; для пожилых он вдвое ниже. Однако лица с низкими доходами от доплат не освобождены, каких-либо скидок для них также не предусмотрено, следовательно, доступ к медицинской помощи для них затруднен.

Платить приходится и за услуги частных врачей, как ведущих амбулаторный прием, так и работающих в больницах. Частная практика в больницах, принадлежащих государству и одной из больничных касс, запрещена, однако на деле она продолжает существовать.

Добровольное медицинское страхование

Добровольное медицинское страхование в Израиле существует в двух формах: дополнительное добровольное страхование, предлагаемое больничными кассами, и дополнительное добровольное страхование, предлагаемое коммерческими страховыми организациями (коммерческое страхование). В последние годы доля израильтян, имеющих дополнительное страхование, заметно выросла: с 37% в 1997 г. до 65% в 2001 г. Дополнительное страхование

покрывает часть расходов на частных врачей, затраты на лечение в частных больницах, на альтернативную медицину и так далее. Коммерческим страхованием охвачено примерно 25% израильтян; оно обычно предусматривает более широкий набор услуг, чем дополнительное страхование от больничных касс. Каждый пятый израильтянин охвачен обоими видами добровольного медицинского страхования. У владельцев коммерческой страховки доход обычно выше, а здоровье лучше, поскольку коммерческие страховые организации имеют право отказывать в страховке в зависимости от состояния здоровья и перенесенных заболеваний.

В 1990-х гг. было много споров о том, кому следует предоставить право на добровольное медицинское страхование: больничным кассам, коммерческим организациям, или и тем, и другим. Предполагали, что если дать такое право больничным кассам, это позволит им получить доход и предложить дополнительное страхование по разумным ценам широкому кругу населения. Высказывались, однако, опасения, что больничные кассы, будучи уже знакомы населению, получат маркетинговое преимущество над частными компаниями; что те, у кого есть дополнительное страхование, будут обслуживаться быстрее и лучше, а это подорвет главный принцип государственного страхования — равенство доступа к медицинской помощи; что больничные кассы станут использовать государственные средства для фондов дополнительного страхования. Сейчас предлагать добровольное страхование разрешено и больничным кассам, и частным страховым компаниям, но больничные кассы не имеют права страховать долговременное лечение и должны заводить для дополнительного страхования отдельные счета, исключаящие перекрестное финансирование.

Затраты на здравоохранение

В 1990-е гг. расходы на здравоохранение в Израиле после резкого роста в предыдущем десятилетии стабилизировались. Об-

шие расходы на здравоохранение выросли с 6,6% от ВВП в 1985 г. до 8,8% в 2002 г., но доля государственных расходов почти не изменилась и составляет около 68% от общей суммы (максимум в 73% пришелся на 1997—1998 гг.).

В 1998 г. больше всего средств расходовалось на содержание больниц и медицинские исследования (41%), на содержание поликлиник и профилактику (39%), а за ними шли оплата стоматологической помощи (9%), расходы частных лиц на лекарственные средства и предметы медицинского назначения (6%), оплата частных врачей (4%) и, наконец, расходы на государственное управление.

Медицинское обслуживание

Первичное медицинское обслуживание

Первичная помощь в Израиле легко доступна и за последние десятилетия была значительно усовершенствована. Во всех больничных кассах, кроме одной, обращение к врачу первичной помощи полностью оплачивается ГМС; очередей нет. Изменения к лучшему произошли благодаря конкуренции между больничными кассами, разработке и внедрению программ подготовки семейных врачей, компьютеризации поликлиник и более квалифицированному управлению ими, расширению возможностей выбора для больных, а также реконструкции и модернизации медицинских учреждений.

Врачи общей практики либо работают на окладе в поликлиниках больничной кассы, либо самостоятельно по договору с больничной кассой (независимые врачи). На долю частнопрактикующих врачей в секторе первичного медицинского обслуживания в 1996—1997 гг. пришлось не более 1% обращений. В недавнем исследовании сравнили работу врачей, работающих самостоятельно и в поликлиниках больничных касс. Посещение независимых врачей

обходилось дороже, однако они отводили на каждого больного больше времени и уделяли больше внимания санитарному просвещению; этими посещениями были довольны и врачи, и больные — причем в большей степени, чем визитами к поликлиническим врачам. В работе независимых врачей есть и недостатки: у них меньше возможностей для выполнения разнообразных задач и контроля качества, они меньше контактируют с коллегами и хуже обеспечивают преемственность медицинской помощи.

В поликлиниках крупнейшей больничной кассы «Клалит» раньше широко использовались услуги медицинских сестер, но с 1990-х гг. к ним стали прибегать намного реже. В последнее время растет понимание того, насколько важны медицинские сестры в первичной помощи, особенно в сельской местности. Руководители сефтинского дела в Израиле стремятся расширить роль среднего медицинского персонала и в городе, и в сельской местности.

Во всех больничных кассах для обращения к специалистам, работающим в больницах, необходимо предварительное разрешение; таким образом, врачи общей практики выполняют диспетчерские функции.

Однако к специалистам по месту жительства члены небольших больничных касс могут обращаться без предварительного разрешения. На основании результатов недавнего исследования было рекомендовано усилить диспетчерские функции врачей общей практики. Для этого предложены следующие меры: проводить разъяснительную работу среди врачей и населения, убеждать людей обращаться в первую очередь к врачам общей практики, еще больше децентрализовать управление и предоставить больше финансовой самостоятельности поликлиникам и врачам общей практики.

Многие в Израиле считают, что врачи общей практики должны делать больше, но для расширения сферы их деятельности нет условий. Они могли бы уделять больше внимания психосоциальным составляющим медицинской помощи, пропаганде здорового образа жизни, нуждам

иммигрантов и уязвимых слоев населения, эффективнее работать в условиях недостатка средств. Этому препятствуют отсутствие необходимой квалификации, перегруженность врачей, недостаточная материальная заинтересованность и слабость материально-технической базы. Недавно принятые меры, в том числе создание Национального совета по здоровью населения и введение для врачей курсов по экономике и управлению, направлены на устранение этих препятствий.

Общественное здравоохранение

При Министерстве здравоохранения имеется служба общественного здравоохранения, координирующая работу региональных и местных подразделений. Недавно образованное Министерство окружающей среды взяло на себя борьбу с шумом, загрязнением воздуха и радиационным загрязнением, контроль за сбором и уничтожением отходов. Однако за качеством воды, переработкой отходов и применением пестицидов по-прежнему следит Министерство здравоохранения.

Министерство здравоохранения руководит профилактикой инфекционных заболеваний, эпидемиологическим надзором и противоэпидемическими мероприятиями; в этом ему помогают больничные кассы и врачи. Центры семейного здоровья (большей частью принадлежащие государству) активно занимаются вакцинацией и следят за здоровьем детей. Охват иммунизацией в Израиле очень высок. Календарь прививок полностью соблюдается у 90—92% грудных детей; охват иммунизацией против кори в 2000 г. составил 93%. До интифады 2000 г. израильское Министерство здравоохранения успешно сотрудничало с администрацией Палестинской автономии в деле борьбы с инфекционными заболеваниями.

В 1994 г. был основан Израильский центр по контролю заболеваемости. Его задача — сбор и анализ информации о здоровье населения для более обоснованной выработки решений в области здравоохранения.

Центры семейного здоровья играют главную роль в диспансеризации детей, а недав-

но основанные больничными кассами центры женского здоровья проводят диспансеризацию женщин. Недавно Министерство здравоохранения совместно с больничными кассами развернуло общенациональную программу по маммографии для женщин старше 50 лет. Для дальнейшего развития массовых обследований нужно улучшить организацию работы с населением и усилить пропаганду здорового образа жизни, все шире привлекаая для этого средства массовой информации.

Санитарным просвещением заведует Отдел санитарного просвещения Министерства здравоохранения. Что именно должно быть включено в профилактические и санитарно-просветительные программы, пока неясно, национальная стратегия в этой области не разработана. Роль больничных касс в санитарном просвещении и пропаганде здорового образа жизни постоянно растет, но врачей по-прежнему сложно побудить активно участвовать в этой работе. В минувшие десять лет санитарно-профилактическая деятельность заметно активизировалась, однако она требует углубленной оценки, а также вложения средств и разработки новых программ.

Ключевыми вопросами общественного здравоохранения являются низкий уровень финансирования (0,8% от общих расходов на здравоохранение), разработка методов финансирования и определения первоочередных задач общественного здравоохранения, а также модернизация и приватизация центров семейного здоровья.

Специализированное медицинское обслуживание

Доля специалистов среди всех лицензированных врачей в Израиле растет и в 2000 г. достигла 42%. Специализированная амбулаторная помощь оказывается в основном по месту жительства, и все меньше — в больницах. Многие больничные специалисты для пополнения заработка часть времени работают в поликлиниках; это может укрепить связи между поликлиниками и больницами. Во всех больничных кассах, исключая крупнейшую, «Клалит»,

большинство специалистов работают самостоятельно, в собственных приемных. Специалисты сосредоточены в городах; очереди на прием сравнительно небольшие. Израильские арабы заметно реже обращаются к специалистам, чем евреи, тогда как для посещений врачей общей практики и обращений в больницы справедливо обратное.

В 2000 г. в Израиле было 48 больниц общего профиля и 21 психиатрическая больница. Больницы общего профиля равномерно распределены по всей стране; среднее число больничных коек на 1000 населения составляет 2,2 — низкий в сравнении со странами Организации экономического сотрудничества и развития (ОЭСР) показатель. Средняя продолжительность госпитализации за последние десятилетия резко упала, а число их выросло.

Примерно половина коек общего профиля находится в больницах, принадлежащих государству. Остальные приходятся на «Клалит» (33%), частные коммерческие (5%) и благотворительные некоммерческие больницы. Врачи в больницах работают по найму, исключение составляют независимые врачи в частных больницах.

Появившийся недавно план больничной реформы направлен на снижение доли государственных больничных коек с целью увеличения эффективности работы больниц и адаптации к потребностям населения. В 1990-е гг. была предпринята попытка превратить государственные больницы в независимые негосударственные тресты со статусом физического лица; она провалилась из-за возражений со стороны медицинских профсоюзов. К другим важным проблемам больничного обслуживания относятся наблюдение за качеством помощи и его улучшение и вопрос о капиталовложениях в дорогостоящий уход за больными в терминальной стадии.

Медико-социальная помощь

Длительное лечение хронических больных частично оплачивают их семьи, частично — различные организации. СНС предоставляет уход по месту жительства людям с хроническими заболеваниями и пожилым лю-

дям с психическими расстройствами. Министерство социального обеспечения содержит дома престарелых и оплачивает уход по месту жительства тем, кто частично утратил навыки самообслуживания, и немощным пожилым людям. Министерство здравоохранения ведаёт интернатами для престарелых и инвалидов. Больничные кассы обеспечивают квалифицированный медицинский уход за обитателями домов престарелых.

В домах престарелых живут около 4,1% пожилых людей Израиля. Половину из них направляет туда государство, которое отчасти оплачивает уход за ними, остальные обращаются туда сами и сами за себя платят. Больничные кассы обеспечивают престарелых и инвалидов профессиональным уходом на дому; сейчас предполагается расширить спектр предоставляемых услуг, включив туда, например, госпитализацию на дому как замену дорогостоящему пребыванию в больнице.

Согласно принятому в 1986 г. Закону о страховании долговременного ухода по месту жительства, государство обязано обеспечить минимальный уровень ухода немощным престарелым людям, подпадающим под установленные критерии. Эти услуги предоставляются по месту жительства и финансируются за счет отчислений из заработной платы и за счет средств общего налогообложения. До сих пор забота о престарелых ложилась главным образом на плечи семьи, но теперь государство взяло некоторые обязательства на себя.

Среди других услуг по месту жительства — уборка квартир, доставка обедов на дом, размещение пациентов в дневные стационары и центры временной госпитализации. Эти услуги в рамках программы адресной помощи нуждающимся предоставляет и оплачивает Министерство труда и социального обеспечения. Есть также другие услуги, цель которых — помочь пожилым людям «стареть в домашних условиях», в частности организация обществ поддержки по месту жительства и строительство специального жилья для престарелых (с комплексом коммунальных и медицинских услуг) под эгидой нескольких мини-

стерств: финансов, жилищного хозяйства, абсорбции, труда и социального обеспечения.

Медицинские кадры и обучение медицинских работников

Врачи

В Израиле четыре крупных медицинских института; кроме того, врачи обучаются за пределами страны, в первую очередь в Восточной Европе. Еще больший вклад вносит иммиграция — из Германии, России и бывших республик Советского Союза. Примерно половина приезжих врачей находит работу по специальности. Число врачей постоянно растет и сейчас достигло 3,8 на 1000 населения (в 15 странах ЕС по состоянию на 1 мая 2004 г. — 3,5 на 1000 населения). Существует мнение, что число врачей следует снизить, ограничив прием в медицинские вузы. Израильская медицинская ассоциация, напротив, утверждает, что нужен пятый институт, поскольку иммиграция врачей в будущем сократится. Среди нерешенных задач следует отметить нехватку врачей некоторых специальностей и неравномерное распределение врачей между городскими и сельскими районами.

Медицинские сестры

В Израиле нет недостатка в медицинских сестрах: в 2001 г. на 1000 населения приходилось 6 медицинских сестер. Немалую роль сыграла массовая иммиграция: более половины медицинских сестер в стране — иммигранты. Сейчас в Израиле идет крупная реформа сестринского дела: дипломированные медицинские сестры заменяют недипломированных, совершенствуется подготовка дипломированных сестер, поощряется получение ими высшего образования с защитой магистерских и докторских степеней, расширяется роль среднего медицинского персонала в больничных кассах и больницах.

Обучение управляющего персонала

Качество и объем подготовки в области управления здравоохранением за послед-

ние десять лет значительно возросли. Научную степень по этой специальности можно получить в нескольких крупных университетах. Больничные кассы и больницы поощряют молодых, но уже достаточно опытных сотрудников пройти курс обучения и предоставляют необходимые для этого средства.

Лекарственные средства и медицинская техника

Расходы на лекарственные средства в Израиле составляют примерно 15—20% общих расходов здравоохранения, 15% расходов больничных касс и 20% медицинских расходов частных лиц. Израильская фармацевтическая промышленность производит главным образом непатентованные средства; большинство патентованных либо импортируется, либо производится в Израиле по лицензиям иностранных компаний. Почти две трети общего объема продаж лекарственных средств приходится на импортные препараты. Большая часть лекарственных средств продается в аптеках трех типов: независимых, принадлежащих больничным кассам и принадлежащих крупным аптечным сетям. Больничные фармацевтические службы занимаются снабжением и сами производят некоторые препараты.

Государство занимается лицензированием препаратов, составляет список препаратов ГМС, которые должны оплачивать больничные кассы, устанавливает максимальные цены, выдает лицензии фармацевтам и осуществляет общее регулирование фармацевтической отрасли. Покупатель частично оплачивает рецептурные средства и полностью — безрецептурные средства, препараты, не включенные в список ГМС, а также назначенные частнопрактикующими врачами.

В целях сдерживания расходов некоторые больничные кассы следят за врачебными назначениями, однако санкций за избыточное назначение лекарственных средств не предусмотрено.

Фармацевты по большей части являются наемными работниками и получают зар-

плату. В 2000 г. количество фармацевтов на 1000 населения составляло 0,61; половина из них — женщины, 20% — иммигранты, приехавшие в страну после 1988 г.

В последние годы в фармацевтической промышленности произошли существенные изменения — к примеру, появились аптечные сети; прилагаются усилия, чтобы ускорить лицензирование новых препаратов, расширить применение непатентованных средств и перевести большее число лекарственных средств в разряд безрецептурных. Чтобы повысить конкуренцию и снизить цены на лекарственные средства, разрешен параллельный импорт. Это было сделано невзирая на серьезное противодействие со стороны крупных международных фармацевтических компаний, их представительств и дочерних компаний в Израиле, а также Ассоциации фармацевтических компаний-разработчиков, утверждающих, что параллельная торговля нарушает права больных и международные торговые соглашения.

Стоматологическая помощь

В 1997 г. расходы на стоматологическую помощь составляли 9% общих расходов здравоохранения. Почти все стоматологические услуги оплачивают сами потребители, поскольку стоматологическая помощь не входит в набор услуг ГМС (за исключением помощи при травмах и онкологических заболеваниях). Однако почти 10% населения имеет коммерческую страховку, покрывающую все расходы на стоматологическую помощь, а еще 60% — дополнительное страхование от своих больничных касс. Малоимущие, у которых нет дополнительного страхования, часто бывают вынуждены отказываться от стоматологического лечения. Планируется улучшить положение, в частности, расширить сферу деятельности школьных стоматологических кабинетов и включить стоматологическую помощь в набор услуг ГМС, чтобы охватить ею уязвимые слои населения.

Почти все стоматологические услуги оказываются независимыми частными стоматологами, но в 1997 г. на них прихо-

дилось около двух третей зубоучастковых кабинетов, а 9 и 15% соответственно принадлежали больничным кассам и сетям стоматологических клиник. В 2000 г. количество стоматологов составляло 1,34 на 1000 населения: это один из самых высоких показателей в мире.

Министерство здравоохранения предоставляет и оплачивает профилактическую помощь детям и нуждающимся группам населения и лечение некоторых болезней полости рта, а также платит за лечение неимущих, лицензирует деятельность стоматологов и следит за фторированием питьевой воды.

Психиатрическая помощь

В 2000 г. в Израиле было примерно 5600 больничных коек психиатрического профиля, из которых 5% приходилось на обычные больницы, а остальные — на психиатрические. Из 18 психиатрических больниц 10 принадлежат государству; на них в 2000 г. приходилось две трети койко-мест, 67% койко-дней и 82% госпитализаций. Лечение в государственных и частных больницах, а также в психиатрических отделениях больниц общего профиля оплачивает Министерство здравоохранения, а больничные кассы финансируют лечение в двух принадлежащих им психиатрических больницах.

В стране довольно много самостоятельно работающих частных психиатров и психологов, есть также около 90 психоневрологических диспансеров, 55 из них финансируются Министерством здравоохранения.

Принятый в 1991 г. Закон о лечении больных с психическими расстройствами допускает принудительное обследование и лечение. В 1990 г. Министерство здравоохранения создало Отдел по лечению наркомании, стремясь улучшить положение в этой области. Хотя наркология считается одной из важнейших точек приложения сил, больным, страдающим одновременно от психических заболеваний и злоупотребления наркотиками, помощи явно не хватает.

За прошедшие десять лет число больных коек психиатрического профиля снизилось, интенсивность использования стационарной психиатрической помощи (больниц и учреждений долговременного содержания) упала; одновременно с этим развивалась психиатрическая помощь по месту жительства. Этому способствовали принятый в 2000 г. Закон о реабилитации по месту жительства больных с психическими расстройствами и выделение правительством большего объема средств. Хотя качество услуг по реабилитации возросло, а сфера их расширилась, они и сейчас доступны лишь 10% населения.

Реабилитация

Реабилитация входит в набор услуг ГМС; ею на условиях частичной оплаты больными занимаются больничные кассы. Сюда входят общая и гериатрическая реабилитация в стационаре при неврологической и ортопедической патологии, а также физиотерапия, ЛФК, трудотерапия и логопедия, предоставляемые по месту жительства, в принадлежащих больничным кассам учреждениях.

В 2000 г. в Израиле насчитывалось примерно 5700 специалистов по реабилитации — намного меньше, чем требуется. Особенно не хватает специалистов по гериатрической реабилитации. Нехватка людей, изношенность помещений и другие факторы приводят к длинным очередям в районных центрах реабилитации. Сильнее всего от этого страдают пожилые люди с хроническими заболеваниями.

Распределение средств

Бюджет здравоохранения и распределение средств

Каждый год правительство утверждает бюджет ГМС, исходя из прошлогоднего бюджета и учитывая уровень инфляции, демографические изменения и технологи-

ческий прогресс. Этот метод вызывает споры: например, работники здравоохранения и страховые организации настаивают, чтобы бюджет формировался на основании расчетных формул, а не определялся правительством исходя из прошлогоднего. Кроме того, разногласия вызывает вопрос, насколько следует учитывать демографические изменения при составлении бюджета и каким образом вводить поправки на изменение цен.

Руководящие работники системы здравоохранения полагают, что оно финансируется недостаточно, причем с каждым годом нехватка средств все острее. Хотя финансирование здравоохранения в пересчете на душу населения с 1995 по 1999 г. выросло, платежеспособность больничных касс и доля затрат ГМС в общих расходах здравоохранения за тот же период снизились.

Средства ГМС распределяются по четырем больничным кассам, с учетом числа членов кассы и их возрастного состава. Этот способ финансирования сделал уязвимые группы населения (например, престарелых) более привлекательными для больничных касс, но поскольку состояние здоровья в расчет при этом не берется, то страхование здоровых и богатых по-прежнему выгоднее. Кроме того, старики и малоимущие редко пользуются дополнительным страхованием, которое служит для больничных касс важным источником денежных поступлений. Ведутся также споры о том, надо ли, распределяя средства между больничными кассами, учитывать географические факторы для улучшения доступа к медицинской помощи жителей мелких поселений и окраинных районов.

Службы общественного здравоохранения находятся в ведении государства и организованы по административно-территориальному принципу. Что касается лечебной помощи, то больничные кассы вправе строить свою работу по географическому принципу и самостоятельно распределять средства между географическими районами. При этом больничные кассы учитывают число людей в данном районе, их возрастной состав и состояние здоровья, про-

шлогодний бюджет, интенсивность использования медицинских услуг и конкуренцию со стороны других больничных касс.

Больничные кассы могут сами определять, как и сколько работников и денежных средств они будут использовать в зависимости от бюджетных ограничений и цен, устанавливаемых государством, путем коллективных соглашений или рыночным путем. Эта свобода приводит к тому, что больничные кассы очень по-разному распределяют свои ресурсы.

Капитальные вложения в больницы, в дополнение к зарубежной благотворительности, в значительной степени финансирует Министерство здравоохранения через свой долгосрочный бюджет. Однако в учреждениях первичной медицинской помощи значительную долю капитальных вложений составляют текущие поступления либо банковские кредиты (а иногда и то, и другое), что считается серьезной проблемой. В Министерстве здравоохранения есть также программа централизованного утверждения заявок, через которую больничные кассы получают разрешение на закупку дорогого высокотехнологического оборудования.

Финансирование больниц

Государственным больницам (на которые приходится 96% коек общего профиля) в настоящее время затраты возмещаются по объему оказанных услуг, по числу койко-дней или по числу законченных случаев; при этом существует потолок поступлений. Четверть поступлений приходится на амбулаторные услуги; эти средства возмещаются по объему оказанных услуг согласно государственному перечню тарифов (в больницах кассы «Клалит» система оплаты немного иная). Есть мнение, что эта схема отстала от технического прогресса и ведет к завышению цен. Главный из нерешенных вопросов — перерабатывать ли перечень тарифов, и если да, то как.

Возмещение средств за госпитализации в больничестве случаев проводится по установленной государством суточной ставке, которая одинакова для всех больниц и

больничных отделений. Ставка рассчитывается на основании текущих эксплуатационных расходов в государственных больницах. В 1990-х гг. для 30 типов госпитализаций, на которые шло приблизительно 20% финансирования стационарного больничного обслуживания, была введена оплата по числу законченных случаев (по клинико-затратным группам). Таким образом предполагалось сократить очереди на госпитализацию, в первую очередь для дорогого лечения. Большинство очередей действительно исчезло, но сократилось также время пребывания в больнице, возросло число госпитализаций и повторных госпитализаций, а уровень смертности практически не изменился.

В 1995 г. был введен потолок возмещаемых больницам средств, чтобы сдержать нарастающее использование стационарного лечения, уничтожив стимулы к этому и уменьшив затраты больничных касс на те услуги, которые превышают потолок. Реформа, по-видимому, достигла своих целей, но вызвала обширную критику. К примеру, больницы утверждают, что потолок должен расти быстрее, чтобы успевать за ростом затрат, и что в районах, где быстро увеличивается численность населения (а потому потолок часто оказывается превышен), это наносит больницам ущерб. В 2002 г. был опробован «гибридный» подход, при котором, определяя величину потолка, учитывают основные внешние факторы. Как эти изменения скажутся на здравоохранении, пока неясно.

Оплата труда врачей

Около 40% населения получает первичное медицинское обслуживание в поликлиниках «Клалит», где можно свободно выбрать врача. Врачу в поликлинике ежемесячно платят основной оклад, определяемый в первую очередь его квалификацией, и доплачивают за каждого наблюдаемого больного свыше определенного числа. Примерно 5—10% членов больничной кассы «Клалит» обращаются к независимым врачам; таким врачам за каждого больного платят определенную сумму, которую ус-

танавливает «Клалит». В других больничных кассах независимых врачей большинство, и им платят по числу больных — либо по действительному числу принятых ими больных, либо на основании официальных списков (как в «Клалите»).

Специалисты, ведущие прием по месту жительства, делятся на независимых и наемных работников на окладе. Независимые специалисты, а таких больше всего, обычно работают в собственных приемных и получают некоторую сумму за каждого принятого больного в дополнение к гонорарам за каждую оказанную услугу. Тарифная сетка для второй категории специалистов составляется путем выработки коллективного договора между Израильской медицинской ассоциацией и правительством. Почти все врачи второй категории работают в поликлиниках «Клалит». Их оклад зависит от числа полных рабочих дней, должности и стажа. Дополнительно оплачиваются прием первичных больных свыше оговоренной нормы, преподавание в ординатуре и выполнение административных обязанностей.

Оклад, который платят врачам в больницах, зависит в первую очередь от их врачебных и административных обязанностей и от стажа работы. Некоторые врачи занимаются подработкой: ведут прием в частном секторе, где получают гонорар за услуги, работают после основной работы в больничных трестах, выходят во вторую смену в больницах «Клалит», чтобы сократить очереди, или незаконно берут с больных плату по самовольно установленным ценам.

Есть мнение, что частые забастовки врачей в Израиле подорвали доверие населения к ним и к их представителям. Во время последней забастовки (2000 г.) врачи, помимо всего прочего, требовали значительного повышения заработной платы. Эта забастовка привела к двум результатам: Израильская медицинская ассоциация согласилась в течение 10 лет воздерживаться от забастовок, а правительство — создать специальную комиссию для исследования работы здравоохранения.

Оплаты труда врачей касаются два новых вопроса: нужно ли при оплате учиты-

вать качество медицинской помощи и не следует ли ввести экономические стимулы, которые бы побуждали врачей экономить расходуемые средства.

Реформы здравоохранения

В израильском здравоохранении стоит отметить четыре крупные реформы: Закон о ГМС, реформа психиатрической помощи, создание больничных трестов и Закон о правах больных. Кроме того, важным событием в истории реформ здравоохранения стала комиссия Нетаньяху. Она выделила следующие проблемы, стоящие перед здравоохранением Израиля:

- несоответствие уровня медицинского обслуживания ожиданиям населения;
- недостаток средств у Министерства здравоохранения;
- расплывчатость процесса финансирования и составления бюджета;
- плохая организация и отсутствие рычагов управления;
- низкий уровень удовлетворенности и заинтересованности работников.

На основании этого комиссия выдвинула следующие рекомендации:

- введение Закона о ГМС;
- реорганизация Министерства здравоохранения с целью разграничить регулирование и медицинское обслуживание;
- децентрализация и усиление конкуренции;
- централизованное финансирование и оплата по числу больных;
- введение частной практики в государственных больницах;
- материальные стимулы для повышения заинтересованности работников здравоохранения;
- информационные системы и научные исследования.

Система ГМС была призвана решить многие из упомянутых проблем и, более того, устранить растущее недовольство системой здравоохранения. Закон о ГМС способствовал полному охвату населения ме-

дицинским обслуживанием, уменьшал практику «снятия сливок» больничными кассами, улучшал систему финансирования и закладывал предпосылки для постоянного наблюдения за этой сферой социальной деятельности (а также предусматривал финансирование такого наблюдения). Через год после принятия Закона о ГМС больничные кассы столкнулись с финансовыми трудностями, которые в 1997 г. привели к введению частичной оплаты лекарственных средств и услуг врачей.

Ожидалось, что ГМС будет способствовать равенству доступа к медицинской помощи, но некоторые последние нововведения, похоже, дали обратный эффект. Охват медицинской помощью расширился и услуги здравоохранения стали доступнее, но социально-экономические различия в затратах на медицинскую помощь и в ее использовании в 1999 г. сохранялись, особенно между арабами и евреями.

Реформа психиатрической помощи пока что продолжается. Она должна решить такие проблемы, как обособленность (и низкая репутация) психиатрической помощи, отсутствие регулирующих ее юридических норм и двойственная роль Министерства здравоохранения, которое и предоставляет медицинские услуги, и регулирует их. Закон о ГМС создал законодательную базу психиатрической помощи; он также предписал в течение трех лет передать право на оказание психиатрической помощи больничным кассам. Однако этого не произошло — отчасти из-за вза-

имного недоверия между больничными кассами и правительством, отчасти из-за того, что больничные кассы не были включены в процесс подготовки, отчасти из-за нежелания Министерства здравоохранения выделить больше средств на психиатрическую помощь. В 2001 г. была начата еще одна реформа с целью осуществить то, что не удалось предыдущей. Возможно, эти новые усилия в ближайшем будущем приведут к положительным переменам.

Ситуация, в которой государство одновременно предоставляет услуги здравоохранения и регулирует его деятельность, вызвала к жизни план создания больничных трестов. Есть два основных проекта освобождения государства от управления больницами, но они пока не применялись на практике.

Закон о правах больных, принятый в 1996 г., олицетворяет собой отчетливый переход от патерналистской модели здравоохранения к новой, ориентированной на больного и подчеркивающей его независимость. В этом законе определены права больных, установлены правила рассмотрения жалоб, оговорено создание комиссий по медицинской этике, инспекционных комиссий и комиссий по контролю качества.

Наконец, в 2000 г., чтобы справиться с крупной забастовкой врачей (Израильская медицинская ассоциация требовала повышения заработной платы), была создана независимая комиссия по оценке работы здравоохранения в целом. В своих выводах

Таблица 1. Показатели работы больниц в Израиле и других странах в 2002 г.

Страна	Число больничных коек на 1000 населения	Число госпитализаций на 100 населения	Средняя продолжительность госпитализации, дни	Средняя занятость койки, %
Дания	3,4 ^а	17,8 ^а	3,8 ^а	83,5 ^а
Израиль	2,2	17,6	4,1	94,0
Нидерланды	3,1 ^г	8,8 ^а	7,4 ^а	58,4 ^а
Великобритания	2,4 ^б	21,4 ^д	5,0 ^д	80,8 ^б
ЕС в среднем (15 стран ЕС до 1 мая 2004 г.)	4,1 ^а	18,1 ^б	7,1 ^б	77,9 ^б

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

В отсутствие данных за 2002 г. приведены самые свежие данные: ^а 2001, ^б 1999, ^в 1998, ^г 1997, ^д 1996.

(2002 г.) комиссия одобрила предоставление пациентам государственных больниц права на выбор врача, поддержала небольшое постепенное повышение заработной платы врачам, призвала ввести единый для всех экзамен для получения лицензий на врачебную практику, предложила внести изменения в структуру и организацию работы больниц, закрепить за каждым членом больничных касс определенного врача первичной помощи и оказывать специализированную амбулаторную помощь большей частью по месту жительства.

В последние годы в центре внимания оказались вопросы соотношения государственной и частной медицинской помощи и положения врачей в системе здравоохранения.

Заключение

Израильское здравоохранение интересно в нескольких отношениях: оно регулируется и государственными, и рыночными механизмами; опирается на организации, которые занимаются одновременно финансированием и оказанием помощи; применяет подушевую форму оплаты с учетом групп риска, чтобы ограничить «снятие сливок» страховыми организациями; использует жесткие методы расстановки приоритетов и определения набора оказываемых услуг; много внимания уделяет равенству доступа к медицинской помощи.

Здравоохранение финансируется в основном государством через прогрессивное налогообложение; население полностью

охвачено медицинским обслуживанием; обеспечен доступ к первичной помощи по всей стране. Однако равенство доступа к медицинской помощи пока не достигнуто из-за сравнительно высокой распространенности платных услуг. В последние годы их спектр расширился. Услуги государственного здравоохранения общедоступны, но некоторые важные виды медицинской помощи (например, стоматологическая помощь и долговременный уход за престарелыми и инвалидами) остаются за его пределами.

Целью реформ последних лет, начало которым положила критика здравоохранения комиссией Нетаньяху, было повышение эффективности здравоохранения. Часть реформ, в том числе введение ГМС и защита прав больных, оказались весьма успешными, однако не было сделано даже попытки снять с государства обязанности по предоставлению медицинских услуг. Реформа психиатрической помощи еще идет, и есть все основания надеяться на дальнейшие усовершенствования в этой области.

На повестке дня стоят такие вопросы, как постоянная нехватка средств и усовершенствование контроля качества медицинской помощи и оплаты труда врачей. Израильскому здравоохранению предстоит решить много задач: среди них учет особых нужд многочисленных иммигрантов, рациональное использование большой армии врачей, компетентная и быстрая медицинская помощь арабскому меньшинству, огромная нагрузка на неотложную помощь и реабилитационные службы в связи с большим числом жертв терроризма и вооруженных конфликтов.

Обзор системы здравоохранения Израиля подготовил Брюс Розен (руководитель Исследовательской программы по политике здравоохранения, Институт им. Брукдейла при Американском еврейском объединенном распределительном комитете) при помощи Рахиль Голдваг (старший научный сотрудник, Институт им. Брукдейла при Американском еврейском объединенном распределительном комитете). Редакторы обзора — Сара Томсон и Элиас Моссиалос. Научное руководство осуществлял Элиас Моссиалос.

Большой вклад в написание отдельных разделов обзора внесли: Иегуда Барух, Шарон Басон, Шули Браммли-Гринберг, Нета Бентур, Дженни Бродски, Марк Кларфилд, Майкл Дейвис, Леон Эпштейн, Гэри Гинзберг, Манфред Грин, Ревиталь Гросс, Аннеке Ифра, Ави Исраэли, Джонни Лембергер, Адина Маркс, Тал Моргенстин, Даниэлла Нахан, Нурит Нирель, Ари Палтиэль, Боаз Портер, Шошанна Реба, Филип Сакс, Кармель Шалев, Сегев Шани, Шифра Шварц, Наоми Струх, Исраэль Сайк, Тед Тулчински, Мири Зибзенер, Шломо Зусман.

Авторы благодарят Рахиль Кей (Медицинский центр Маккаби) и Малку Борроу (Израильская медицинская ассоциация) за ценные комментарии по рукописи в целом.

Европейская обсерватория по системам здравоохранения благодарит Габи Бин Нун (заместитель генерального директора по экономике здравоохранения, Министерство здравоохранения) и Давида Чинитца (старший преподаватель, Школа общественного здоровья им. Брауна, Еврейский университет) за рецензирование обзора.

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

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