

# Реферат обзора

# Новая Зеландия

## Введение

### Государственный строй и новейшая политическая история

Новая Зеландия — демократическое государство с однопалатным парламентом. С 1993 г. введена новая избирательная система на основе смешанного пропорционального представительства, предусматривающая более частое проведение выборов и создание коалиционного правительства. В последние годы правительство пыталось заняться проблемами коренного населения Новой Зеландии — маори, давнее недовольство которых уходит корнями во времена подписания договора Вайтанги между племенами маори и Великобританией (1840 г.).

### Население

В 2001 г. численность населения составляла 3,79 млн человек. Основные этнические группы: европейцы, в основном выходцы из Великобритании и Ирландии (79,6%), маори — коренные жители Новой Зеландии (14,5%), выходцы с других островов Океании (5,6%) и из Азии (3,4%). Население Новой Зеландии моложе, чем население большинства стран Западной Европы, — 23% жителей младше 15 лет. Самый высокий суммарный коэффициент рождаемости — среди маори и выходцев с других островов Океании.

### Средняя продолжительность жизни

Средняя продолжительность жизни в Новой Зеландии сравнима со средним значением этого показателя в странах Европейского союза и составляет 80,4 года среди женщин и 75,2 года среди мужчин.

## Основные причины смерти

Общая смертность снизилась с 8,8 на 1000 населения в 1970 г. до 7,2 на 1000 населения в 1999 г. Основные причины смерти — ишемическая болезнь сердца, инсульт, хронические обструктивные заболевания легких, рак легких и рак толстой кишки. За последние 40 лет существенно улучшилось здоровье коренного населения Новой Зеландии. Тем не менее и маори, и выходцы с других островов Океании отстают по этому показателю от новозеландцев европейского происхождения.

## Новейшая история здравоохранения

За последние 20 лет здравоохранение Новой Зеландии прошло четыре этапа реформ. В 1980 г. в результате децентрализации финансирование и управление были переданы в ведение 12 окружных советов по здравоохранению. В начале 1990-х гг. правительство учредило четыре региональных органа, ответственных за финансирование медицинских учреждений, и 23 государственных коммерческих предприятия здравоохранения. В конце 1990-х гг. первое коалиционное правительство Новой Зеландии преобразовало государственные предприятия здравоохранения в некоммерческие организации, а вместо четырех региональных служб был создан единый центральный орган, ответственный за финансирование здравоохранения. Избран-

Европейская обсерватория  
по системам здравоохранения,  
Европейское региональное бюро ВОЗ  
Адрес: Scherfigsvej 8 DK-2100 Copenhagen  
Телефон в Дании: +45 39 17 14 30  
Факс: +45 39 17 18 70  
Электронная почта: [observatory@who.dk](mailto:observatory@who.dk)  
Сайт в интернете: <http://www.observatory.dk>

ное в 1999 г. коалиционное правительство, в состав которого входили представители Лейбористской партии и Партии альянса, упразднило этот орган и учредило 21 региональный совет по здравоохранению, положив таким образом конец разделению поставщиков и покупателей медицинских услуг.

## Направления реформ

В 1990-е гг. Новая Зеландия пошла дальше большинства стран в установлении рыночных отношений в здравоохранении (включая поощрение конкуренции и разделение поставщиков и покупателей медицинских услуг). Однако в конце 1990-х гг. новое коалиционное правительство, в которое входили Лейбористская партия и Партия альянса, заявило, что рыночные отношения не повысили ни рентабельность, ни эффективность медицинского обслуживания, и вновь возложило ответственность за финансирование и организацию медицинского обслуживания на региональные службы здравоохранения (региональные советы по здравоохранению). Правительство стремится повысить доступность пер-

вичного медицинского обслуживания и намеревается теснее сотрудничать в области здравоохранения с коренным населением (маори).

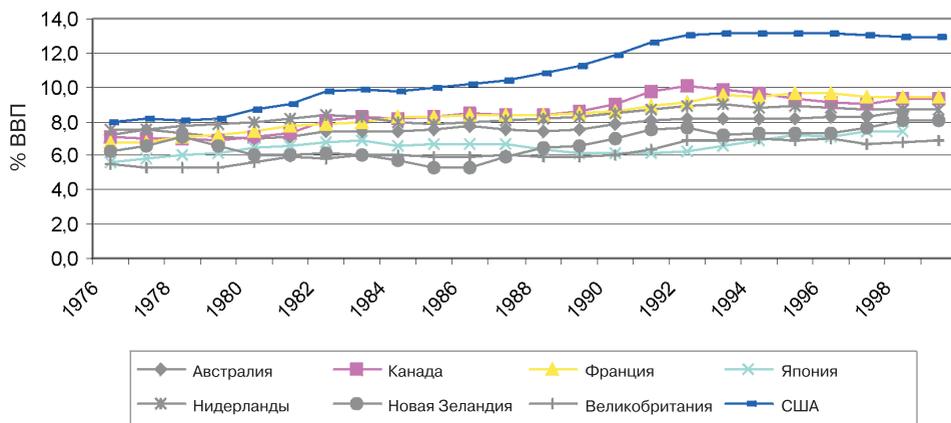
## Финансирование здравоохранения и ВВП

В 1987 г. из-за экономических трудностей общий объем финансирования новозеландского здравоохранения составлял всего лишь 5,2% ВВП, но уже в 1998 г. этот показатель вырос до 8,2 % ВВП (рис. 1). Таким образом, Новая Зеландия тратит на здравоохранение примерно столько же, сколько и другие члены Организации экономического сотрудничества и развития, имеющие аналогичный уровень ВВП.

## Краткое содержание реферата

В последние десять лет Новая Зеландия провела столько радикальных реформ здравоохранения, что далеко опередила в этом отношении остальных членов Организа-

**Рисунок 1.** Общий объем финансирования здравоохранения в % ВВП в Новой Зеландии и некоторых других странах Организации экономического сотрудничества и развития в 1976—1999 гг.



Источник: Организация экономического сотрудничества и развития, 2001 г.

ции экономического сотрудничества и развития, а уставшие от перемен граждане стали относиться к переменам настороженно. Коалиционное правительство, в которое вошли Лейбористская партия и Партия альянса, упразднили многие рыночные реформы последнего десятилетия.

Новая Зеландия сохранила в прежнем виде налоговую систему финансирования здравоохранения и смешанную организацию медицинского обслуживания, при которой медицинскую помощь предоставляют как государственные, так и частные медицинские учреждения. Население в целом удовлетворено качеством и материально-техническим обеспечением медицинского обслуживания. Исключение составляют вызывающие недовольство очереди на плановые операции. В настоящее время реорганизуется первичное медицинское обслуживание: создаются объединения врачей общей практики, имеющие право самостоятельно распоряжаться своими финансовыми средствами.

## **Структура здравоохранения**

Здравоохранение Новой Зеландии финансируется главным образом за счет налогов. Дополнительными источниками финансирования служат платные медицинские услуги и частное медицинское страхование. Население оплачивает первичное медицинское обслуживание (полностью или частично) и часть стоимости лекарственных средств (для малоимущих предусмотрены льготы). Медицинское обслуживание в больницах (амбулаторное и стационарное) бесплатное. Хотя в целом ответственность за организацию медицинского обслуживания несет государство, медицинским обслуживанием занимаются как государственные, так и частные медицинские учреждения, а также общественные организации. Большинство амбулаторных услуг предоставляют независимые врачи общей практики и специалисты, а специализированное стационарное лечение — в основном государственные больницы. Небольшие частные больницы специализируются главным образом на пла-

новых операциях и длительном уходе за пожилыми.

Министерство здравоохранения разрабатывает политику здравоохранения и следит за ее реализацией, выполняет функции нормирования и надзора (официальный сайт Министерства здравоохранения — [www.moh.govt.nz](http://www.moh.govt.nz)). В 1990-х гг. административные полномочия министерства были сужены, но теперь оно вновь финансирует региональные службы здравоохранения и следит за организацией медицинского обслуживания (включая помощь инвалидам).

В соответствии с законом «О здравоохранении и помощи инвалидам» (2000 г.) создан 21 региональный совет по здравоохранению, ответственный за здоровье населения своей территории. Региональные советы организуют медицинское обслуживание своими силами или финансируют других поставщиков медицинских услуг. Региональные советы сами распоряжаются своими средствами, но подотчетны Министерству здравоохранения, которое определяет основные направления их деятельности и назначает главу совета.

Общественные фонды предоставляют медицинские услуги сами или заключают договоры на медицинское обслуживание с другими поставщиками медицинских услуг. На долю этих фондов приходится около 6% первичного медицинского обслуживания (в том числе службы для маори). Число медицинских служб для маори в 1990-е гг. заметно возросло. Многие сельские и городские службы предоставляют прикрепленному к ним коренному населению целый спектр медицинских услуг, включая помощь инвалидам, услуги общественного здравоохранения, массовые обследования, первичное медицинское обслуживание, профилактические обследования детей, помощь на дому.

## **Планирование, нормирование и управление**

Потребители медицинских услуг защищены законодательством, регламентирующим деятельность медицинских работников и медицинских учреждений, производство и

реализацию продукции медицинского назначения, а также права потребителей. Министерство здравоохранения отвечает за разработку государственной политики здравоохранения и планирование в сфере здравоохранения, формулирует цели и задачи правительства в области укрепления здоровья населения. В соответствии с принятым в 2000 г. законодательством региональные советы по здравоохранению (всего их 21) должны ежегодно представить в Министерство здравоохранения план, включающий подробный перечень медицинских услуг, которые будут финансироваться советом в предстоящем году. Лицензированием медицинских работников ведают лицензионные советы, а лицензированием больниц и других медицинских учреждений (включая дома престарелых и интернаты для умственно отсталых) — Министерство здравоохранения. В 1993 г. создана некоммерческая организация «Качество здравоохранения», которая занимается добровольной аккредитацией больниц и других медицинских учреждений. В опубликованной в 2000 г. программе развития здравоохранения Новой Зеландии подчеркивается, что многочисленные меры, направленные на повышение качества медицинского обслуживания, должны быть более согласованными.

## **Децентрализация здравоохранения**

В соответствии с законом «О здравоохранении и помощи инвалидам» (2000 г.) финансирование и организация медицинского обслуживания перешли в ведение 21 регионального совета по здравоохранению. За последние десять лет возросло влияние общественных фондов, медицинских служб для маори и независимых объединений врачей общей практики.

## **Финансирование и затраты**

Система здравоохранения финансируется преимущественно за счет налогов (налог с

текущих доходов и налог на добавленную стоимость товаров и услуг). Примерно 4,5% всех затрат на здравоохранение покрываются обязательным страхованием от несчастных случаев. В 1998—1999 гг. 77,5% финансирования составляли налоги, 15,9% — платные медицинские услуги, 6,2% — частное страхование. Доля государства в затратах на здравоохранение уменьшилась с 88% в 1979—1980 гг. до 77% в 1994—1995 гг. (в основном из-за увеличения расходов населения на платные медицинские услуги) и впоследствии оставалась примерно на том же уровне.

## **Набор медицинских услуг**

В начале 1990-х гг. Государственный комитет по здравоохранению предпринял попытку сократить перечень финансируемых государством медицинских услуг. Хотя эта попытка оказалась безуспешной, удалось разработать научно обоснованную систему приоритетных направлений медицинского обслуживания.

На долю платных медицинских услуг приходится 16% расходов на здравоохранение. Первичное медицинское обслуживание оплачивается в зависимости от объема предоставленных услуг (малоимущим предоставляются льготы). В государственных больницах лечение (в том числе медикаментозное) бесплатное. При амбулаторном лечении больные доплачивают не более 15 новозеландских долларов за каждый препарат, входящий в список субсидируемых государством лекарственных средств. Детям младше 6 лет лекарственные средства дают бесплатно.

Предоставляемые государством льготы (скидки на медицинские услуги и продукцию медицинского назначения) фиксированы, то есть не зависят от стоимости товара или услуги.

Больным, которые имеют право на льготы, услуги врача общей практики полностью или частично оплачивает государство. В частности, в 2001 г. за визит к врачу общей практики ребенка младше шести лет государство платило 32,50 новозеландского доллара (прежде эта сумма покрывала

всю стоимость посещения врача, но сейчас все чаще необходима доплата), за визит ребенка в возрасте от 6 до 18 лет — 15 новозеландских долларов (для семей, не имеющих льгот) или 20 новозеландских долларов (для семей, имеющих льготы), за визит взрослого (старше 18 лет), имеющего льготы, — 15 новозеландских долларов. Акушерская помощь в основном бесплатная. Льготами пользуются более 40% населения Новой Зеландии. По некоторым данным, претендовать на льготы могли бы еще 25% новозеландцев. Другие 10—15% населения, чей доход лишь ненамного превышает установленные для получения льгот пределы, не имеют достаточно средств на оплату первичного медицинского обслуживания, поэтому в настоящее время правительство собирается пересмотреть финансирование этой области здравоохранения.

### **Дополнительные источники финансирования**

Государство практически не участвует в регулировании частного (добровольного) страхования. Такая страховка не покрывает всех расходов на медицинское обслуживание, она лишь компенсирует разницу между стоимостью услуг и размерами государственных субсидий, а также обеспечивает возмещение расходов на дополнительные услуги, предоставляемые частными больницами и частнопрактикующими врачами. Частным страхованием охвачены примерно 33—37% населения, что ниже уровня 1990 г. (51%).

### **Расходы на здравоохранение**

В 1980-х гг. Новая Зеландия тратила на здравоохранение меньше, чем многие другие страны Организации экономического сотрудничества и развития. В течение 1990-х гг. затраты на здравоохранение в постоянных ценах неуклонно росли примерно на 3,8% в год. Доля ВВП, расходуемая на здравоохранение, возросла с 5,2% в 1970 г. до 7,1% в 1978 г. К 1987 г. она вновь снизилась до 5,2%, затем, с 1990 по 1997 г., постепенно росла, несмотря на попытки

сдерживать рост расходов, и в 1997—1998 гг. составила 8,2% ВВП.

В государственном бюджете доля здравоохранения увеличилась с 10,1% в 1990 г. до 12,7% в 1997 г. В декабре 2001 г. был представлен трехлетний план финансирования здравоохранения, согласно которому к 2004—2005 гг. бюджет здравоохранения должен увеличиться на 21% по сравнению с бюджетом 2001—2002 гг.

В начале 1990-х гг. в Новой Зеландии по сравнению с другими странами Организации экономического сотрудничества и развития доля больниц в общем объеме финансирования новозеландского здравоохранения была довольно высокой — около 60%, что, по-видимому, в известной мере обусловлено большим количеством предоставляемых больницами амбулаторных услуг. Какая часть расходов приходится на больницы сегодня, точно не установлено.

## **Медицинское обслуживание**

В Новой Зеландии можно выделить 4 вида медицинского обслуживания: 1) первичное медицинское обслуживание, 2) общественное здравоохранение, 3) специализированное медицинское обслуживание (амбулаторное и стационарное), 4) помощь инвалидам (находится в ведении здравоохранения, а не социального обеспечения).

### **Первичное медицинское обслуживание**

Первичное медицинское обслуживание предоставляют в основном частнопрактикующие врачи общей практики, две трети которых работают группами. Врачи общей практики регулируют доступ к специализированному медицинскому обслуживанию, так как попасть в больницу или на прием к специалисту можно только по направлению врача общей практики (исключение составляют травмы и неотложные состояния). Больные имеют право выбрать врача и оплачивают визит к нему (за

70% консультаций полностью или частично платит государство). Кроме того, первичным медицинским обслуживанием занимаются медицинские сестры (работающие с врачами общей практики, участковые и патронажные) и независимые акушерки.

## Общественное здравоохранение

Службы общественного здравоохранения находятся в ведении региональных советов по здравоохранению, которые отвечают за охрану здоровья населения (например, безопасность питьевой воды и продуктов питания) и пропаганду здорового образа жизни (например, программы по борьбе с курением). В области общественного здравоохранения работают врачи и другие медицинские работники, а также санитарные чиновники, которые следят за соблюдением соответствующих законов. Профилактические мероприятия (например, иммунизация), индивидуальное и групповое санитарное просвещение и укрепление здоровья населения относятся к

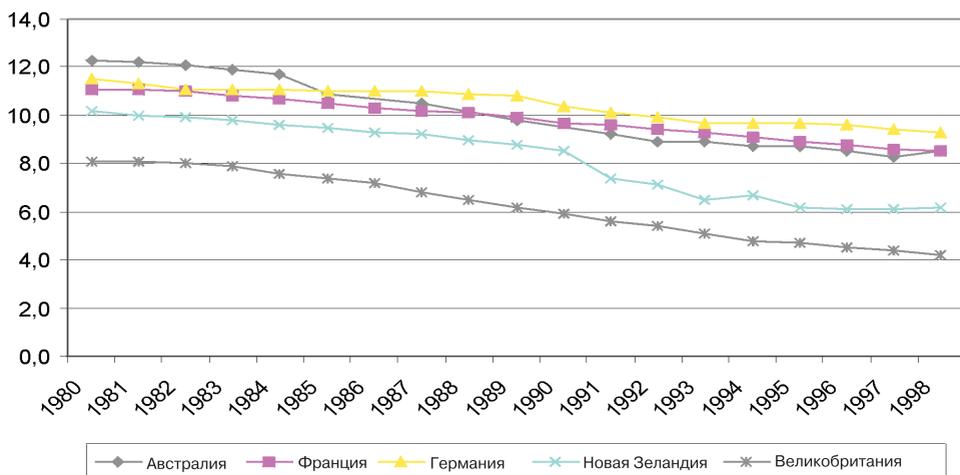
сфере первичного медицинского обслуживания.

## Специализированное медицинское обслуживание

Специализированное амбулаторное обслуживание предоставляют государственные и частные амбулаторные учреждения, а также амбулаторные отделения больниц. Большинство специалистов работают в государственном секторе, но многие из них занимаются и частной практикой.

В 2001 г. в Новой Зеландии насчитывалось 444 больницы, причем на 84 государственных больницы приходилось 52% коечного фонда. Коечный фонд многочисленных маленьких частных больниц, которые специализируются в основном на плановых операциях и длительном уходе за пожилыми, в течение 1990-х гг. вырос до 45%. С 1980 г. общее число коек (включая койки для хронических больных) в стране сократилось на четверть, главным образом за счет государственных больниц, и в 1998 г. составило 6,2 на 1000 населения (это мень-

**Рисунок 2.** Число больничных коек на 1000 населения в Новой Зеландии и некоторых других странах Организации экономического сотрудничества и развития



Источник: Организация экономического сотрудничества и развития, 2001 г.

ше, чем в Австралии, но больше, чем в Великобритании, см. рис. 2). Сократилось и число коек в обычных больницах, хотя данных о динамике этого показателя нет.

Одна из причин сокращения коечного фонда — организация ухода за хроническими больными не в стационаре, как прежде, а в домах престарелых, амбулаторных учреждениях и на дому. Другие причины — изменение тактики ведения больных (более интенсивное лечение за меньшие сроки) и расширение амбулаторной помощи, в том числе развитие амбулаторной хирургии. Чтобы сократить очереди на плановые операции, были введены клинические критерии, по которым врач может определять приоритет при направлении на госпитализацию.

Как и в других странах, входящих в Организацию экономического сотрудничества и развития, в Новой Зеландии частота выписки из больниц возросла с 6,1 на 100 населения в 1988—1989 гг. до 7,8 на 100 населения в 1999—2000 гг. Средняя длительность госпитализации в 1998 г. составляла 4,9 дня (табл. 1). Данные о средней занятости койки есть только за период около 1990 г., когда этот показатель был низким и, стало быть, работа больниц была малоэффективной.

## Медико-социальная помощь

Медико-социальную помощь предоставляют государственные и частные меди-

цинские учреждения, а также общественные организации. В 1990-е гг. в рамках постепенного перехода от стационарного лечения к амбулаторному была реорганизована психиатрическая помощь: закрылись крупные психиатрические больницы, а психиатрическая помощь была организована в амбулаторных учреждениях. Этим переменам в значительной мере способствовало появление новых лекарственных средств. Что касается помощи инвалидам, то с 1993 г. обязанности по ее финансированию и организации перешли от системы социального обеспечения к системе здравоохранения. Значительную часть амбулаторной помощи инвалидам моложе 65 лет предоставляют общественные организации. По мере старения населения все более важной становится помощь пожилым. Нынешняя политика в этой области направлена на объединение медицинских и социальных служб, призванное повысить качество помощи пожилым и улучшить их здоровье.

## Медицинские кадры и обучение медицинских работников

Число врачей в Новой Зеландии (2,3 на 1000 населения) меньше, чем в Австралии и некоторых других странах Организации экономического сотрудничества и развития (рис. 3), равно как и число врачей общей практики (0,83 на 1000 населения в

**Таблица 1.** Показатели работы больниц в Новой Зеландии, некоторых других странах Организации экономического сотрудничества и развития, а также в среднем в странах Европейского союза в 1998 г.

Страна	Число больничных коек на 1000 населения	Число госпитализаций на 100 населения	Средняя продолжительность госпитализации, дни	Средняя занятость койки, %
Новая Зеландия	—	—	4,9	—
Австралия	3,9	15,8	6,2	68,5
Страны Европейского союза в среднем	4,2	17,1	8,2	77,0
Канада	3,1	9,9	7,0	—
Великобритания	2,4	—	—	80,8
США	3,1	11,8	5,9	63,4

Источник: Организация экономического сотрудничества и развития, 2001 г.

2000 г.). Вместе с тем в Новой Зеландии относительно много высококвалифицированных медицинских сестер, выполняющих работу, которую в других странах делают врачи. Медицинские сестры выполняют функции акушерок, ведут фельдшерский прием и наделены правом (с некоторыми ограничениями) выписывать лекарственные средства. Врачи учатся шесть лет. Медицинских сестер обучают в высших учебных заведениях в течение трех лет. Расширены возможности обучения для тех, кто специализируется в области психиатрической помощи, а также для маори.

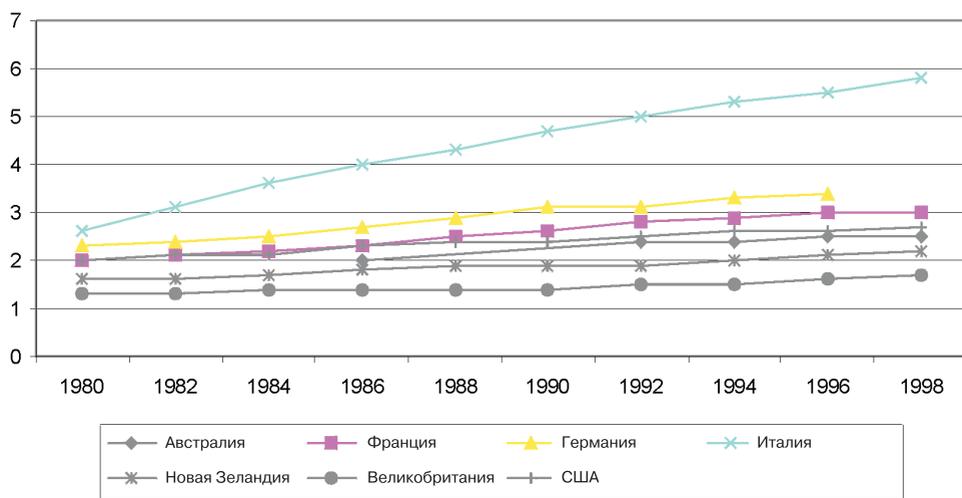
### Лекарственные средства и медицинские технологии

За эффективность и безопасность лекарственных средств на фармацевтическом рынке Новой Зеландии отвечает Управление по безопасности лекарственных средств и медицинского оборудования, которое ре-

гулирует поступление препаратов на рынок. Агентство по управлению фармацевтическим рынком составляет список лекарственных средств, субсидируемых государством, руководствуясь данными об их эффективности. Оно же устанавливает цены, которые государство готово платить поставщикам, монополизировав таким образом государственные закупки лекарственных средств. Считается, что деятельность Агентства позволила сдержать рост расходов на лекарственные средства: в течение 1990-х гг. эти расходы оставались на уровне около 12%. Попытка сократить затраты путем контроля за выписыванием рецептов оказалась менее удачной. Те же цели — сдерживание спроса и сокращение затрат — преследовало введение доплаты за лекарственные средства.

Решения о приобретении новых технологий (в том числе оборудования) принимают поставщики медицинских услуг, то есть региональные советы по здравоохранению. В целом в связи с реорганизацией

**Рисунок 3.** Число врачей на 1000 населения в Новой Зеландии и некоторых других странах Организации экономического сотрудничества и развития



Источник: Организация экономического сотрудничества и развития, 2001 г.

здравоохранения планирование и нормирование в сфере новых технологий весьма ограничены.

## Распределение средств

Министерство здравоохранения обсуждает бюджет здравоохранения с казначейством, а окончательное решение по поводу бюджета здравоохранения принимают путем голосования. Бюджет региональных советов по здравоохранению защищен (то есть не подлежит сокращению). Не подлежат сокращению и средства, выделяемые на общественное здравоохранение и помощь инвалидам, однако в связи с передачей финансовых полномочий региональным советам в будущем от защиты бюджетных статей могут отказаться. При составлении бюджета здравоохранения учитывают предполагаемый рост цен на существующие услуги, а также расходы на новые начинания.

За последние десять лет система финансирования здравоохранения несколько раз менялась. В настоящее время государство выделяет рассчитанный на три года бюджет 21 региональному совету по здравоохранению. Исторически сложившееся финансирование на основе договоров с поставщиками медицинских услуг планируют заменить финансированием на душу населения с учетом возрастной и этнической структуры, а также других характеристик населения, определяющих потребность в медицинском обслуживании.

### Финансирование больниц

В последние два десятилетия структура больниц претерпела ряд изменений, а финансирование осуществлялось несколькими способами: 1) бюджет, основанный на затратах за предшествующий период, 2) договоры с указанием стоимости и объема услуг, 3) оплата услуг по клинико-затратным группам. В настоящее время больницы получают фиксированный годовой бюджет

текущих расходов с учетом распределения больных по клинико-затратным группам, причем стоимость и объем услуг рассчитываются исходя из показателей за предшествующий год. Расходы, превышающие установленные в бюджете, официально не должны возмещаться, однако при необходимости средства для этого могут выделяться.

### Оплата труда врачей

Большинство специалистов в государственных больницах получают фиксированную заработную плату, а оплата труда частнопрактикующих врачей зависит от объема предоставленных услуг. Доходы врачей общей практики слагаются из нескольких источников: государственных субсидий, размеры которых зависят от объема предоставленных услуг (85% врачей); платы за численность прикрепленного населения (15% врачей); и наконец, платы за услуги, взимаемой с больных. Нынешняя политика направлена на создание организаций первичного медицинского обслуживания, финансируемых по числу прикрепленных к ним больных. Врачам общей практики такая система обеспечивает более стабильный уровень финансирования и дает больше свободы в организации медицинского обслуживания. Государство, со своей стороны, усиливает надзор за распределением бюджетных средств, получает возможность повысить качество и доступность первичного медицинского обслуживания.

## Реформы здравоохранения

Реформы 1990-х гг. были направлены на обеспечение более рационального распределения средств между отдельными районами страны и повышение рентабельности медицинского обслуживания. Рыночные отношения рассматривались как способ удовлетворить растущие потребности в медицинском обслуживании, сдержать рост его стоимости и обеспечить больным

свободу выбора. Избранное в 1999 г. коалиционное правительство, в состав которого входили представители Лейбористской партии и Партии альянса, заявило, что рыночные отношения не повысили ни рентабельность, ни эффективность медицинского обслуживания, а только подорвали доверие населения к системе здравоохранения.

Ответственность за организацию и финансирование медицинского обслуживания возложена на 21 региональный совет по здравоохранению. В ведение каждого совета входит хотя бы одна крупная государственная больница, так что в новозеландском здравоохранении по-прежнему господствует стационарное лечение. Многим региональным советам не хватает средств. Недостаточное финансирование больниц приводит к большим очередям на плановые операции. Выборные органы — региональные советы по здравоохранению — обеспечивают более демократическое управление, несмотря на опасения, что ими станут заправлять лица, отстаивающие интересы определенных кругов. В таком случае советы вынуждены искать компромисс между этими интересами и нуждами населения.

Политика в сфере первичного медицинского обслуживания предусматривает введение нового метода финансирования — по числу прикрепленных к организациям первичного медицинского обслуживания больных, хотя механизм реализации этого нововведения пока четко не определен. По сравнению со стационарным лечением первичное медицинское обслуживание страдает от нехватки средств и используется не на полную мощность, поэтому планируется повысить его качество, а также доступность для малоимущих.

Одно из первоочередных направлений политики здравоохранения — повышение качества медицинского обслуживания. Никаких данных об изменении этого показателя в течение 1990-х гг. в ту или иную сторону нет, а существующие на сегодняшний день критерии оценки работы врачей и больниц крайне немногочисленны. Как и в других странах, в Новой Зеландии больше внимания стали уделять изучению ре-

зультатов новых начинаний и состоянию здоровья населения.

## Заключение

Новая Зеландия вновь подтвердила свою приверженность принципу общедоступности медицинского обслуживания, который реализуется путем налогового финансирования здравоохранения. Увеличился бюджет здравоохранения, введена подушевая оплата в системе первичного медицинского обслуживания. Планируется сократить расходы населения на платные медицинские услуги. Здравоохранение ориентировано не на конкуренцию, а на сотрудничество между поставщиками медицинских услуг. Благодаря реформам 1990-х гг. распределение средств между отдельными районами страны стало более справедливым; уменьшилось социальное неравенство за счет увеличения финансирования медицинских служб для маори.

Развитие этих служб — одна из первоочередных задач новозеландского здравоохранения, отражающая общую тенденцию к расширению прав коренного населения и сохранению его культурных традиций. Несмотря на то что в состоянии здоровья коренного и европейского населения Новой Зеландии все еще сохраняется неравенство, за последние десять лет для маори сделано немало (в частности, возросло число независимых организаций, оказывающих им медицинскую помощь). Судить о том, отразилось ли это на эффективности и качестве медицинского обслуживания, пока рано.

Реформы здравоохранения в Новой Зеландии ныне переживают трудные времена. Новая политика здравоохранения по-прежнему ориентирована на повышение рентабельности медицинского обслуживания, но здравоохранение вернулось к децентрализованному управлению. Медицинские работники устали от перемен, а население обеспокоено своим будущим. Граждане Новой Зеландии, как и руководство других стран, будут с большим интересом следить за развитием новозеландского здравоохранения в XXI в.

Обзор системы здравоохранения Новой Зеландии подготовили Сайан Френч и Эндрю Олд (Министерство здравоохранения Новой Зеландии), а также Джудит Хили (Европейская обсерватория по системам здравоохранения) с помощью Джиллиан Дарем (Министерство здравоохранения Новой Зеландии) и Филипа Дейвиса (ВОЗ).

Европейская обсерватория по системам здравоохранения благодарит рецензентов обзора: доктора Тони Аштона (директор Центра оценки медицинских служб и политики здравоохранения, факультет общественного здравоохранения, Университет г. Окленда), доктора Питера Крамптона (факультет общественного здравоохранения, Веллингтонская медицинская школа), Луиса Торнли (Государственный комитет здравоохранения). Авторы обзора благодарны за поддержку Министерству здравоохранения Новой Зеландии и его генеральному директору Карен Поуташи.

Полный текст обзора можно найти на сайте [www.observatory.dk](http://www.observatory.dk).

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 Греции, Норвегии и Испании, 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 путем глубокого и всестороннего изучения опыта разных европейских стран.