

# Реферат обзора

# Словакия

## Основные положения

### Введение

Республика Словакия находится в центре Европы и занимает площадь 49 035 км<sup>2</sup>. До 1993 года Чешская Республика и Словацкая Республика, ныне существующие как независимые государства, вместе образовывали единое государство (Чехословакию). В 2008 году из общей численности населения в 5,4 миллиона человек в сельских муниципалитетах проживало 2,4 миллиона жителей страны (45% всего населения) (Институт информатики и статистики – Infostat, 2010 год).

С 1993 года Словакия является членом ООН и ее организаций, с 2000 года входит в ОЭСР, с 2004 года – членом Организации Североатлантического договора (НАТО) и ЕС. С 1990 года централизованная плановая экономика страны перешла на путь рыночного развития. Основной показатель развития экономики – объем валового национального продукта (ВВП) на душу населения по паритету покупательной способности – в 2008 году достиг уровня почти 66% аналогичного среднего показателя по всем странам ОЭСР (ОЭСР, 2010 г.).

Словакия – демократическая парламентская республика, в которой действует принцип разделения власти на законодательную, судебную и исполнительную. Однопалатный парламент состоит из 150 депутатов, избираемых сроком на 4 года по принципу пропорционального представительства. Главой государства является президент, однако его законодательные полномочия достаточно ограничены. В настоящее время в стране возрастает средняя ожидаемая

продолжительность жизни при рождении: этот показатель уже достиг 78,7 года у женщин и 71,3 года у мужчин. Уровень детской смертности заметно снизился с 2,4 на 1000 новорожденных в 1993 году до 1,5 на 1000 новорожденных в 2009 году. При этом по-прежнему наблюдается высокий уровень смертности среди мужчин среднего возраста (от 30 до 55 лет), почти в три раза превышающий этот показатель среди женщин того же возраста. В целом, в Словакии отмечается существенное улучшение наиболее значимых показателей здравоохранения – по большинству из них страна не уступает средним показателям по ЕС-12 и даже иногда превосходит их. Однако при сравнении с ЕС-15, по-прежнему налицо факт отставания Словакии.

### Описание системы здравоохранения

Система здравоохранения Словакии является системой с универсальным охватом населения, обязательным медицинским страхованием, базовыми гарантиями предоставления бесплатной медицинской помощи населению, с конкурентной моделью страхования, базирующейся на принципах селективных договоров и гибкой ценовой политике. Медицинские услуги, с некоторыми исключениями, оказываются застрахованным гражданам бесплатно в момент получения помощи, являясь по сути услугами в натуральной форме, затраты на которые компенсируются третьей стороной. Рынок медицинских услуг и медицинского страхования вполне открыт – чтобы стать его участником, компаниям достаточно соответствовать лишь некоторым очевидным требованиям.

Медицинские страховые компании борются между собой за клиентов, стараясь предложить им оптимальное качество услуг. Закупка медицинских услуг создает пространство для конкуренции. Страховщики обязаны предоставить своим клиентам надлежащие медицинские услуги в соответствии с действующим законодательством. Для этого страховые компании заключают договора с поставщиками медицинских услуг. Управление по надзору в сфере здравоохранения (УНСЗ) ответственно за проведение мониторинга в сфере медицинского страхования, оказания медицинских услуг и рынка их закупок. С 2005 года все страховые медицинские компании являются акционерными обществами, они были преобразованы из государственных фондов медицинского страхования в страховые медицинские организации, функционирующие в рамках закона о частных организациях. С 2010 года на рынке функционирует три медицинские страховые компании: одна из них принадлежит государству (ее клиентами являются 66% застрахованных граждан), две другие компании находятся в частной собственности.

Производители медицинских услуг и страховые медицинские организации могут иметь различные формы собственности. Государство в лице Министерства здравоохранения владеет самой крупной страховой медицинской компанией. Кроме того, государству принадлежат также самые крупные производители медицинских услуг, включая университетские больницы, крупные региональные клиники, высокоспециализированные учреждения, а также почти все психиатрические лечебницы и санатории. Большинство из них являются контрибуционными организациями – специфичная для Словакии форма собственности, которая представляет собой юридическое лицо, учреждаемое государством (в том числе представителями региональных и муниципальных властей); часть бюджета такой организации контролируется государством, что, однако, не лишает

ее возможности иметь иные источники дохода. В 2006 году пять государственных учреждений здравоохранения были реорганизованы в акционерные общества с 100% государственной собственностью. С 2007 года власти обязали страховые медицинские компании заключать контракты на предоставление услуг с государственными медицинскими учреждениями. Правительство, руководившее страной в 2006-2010 гг., считало введение данной меры необходимым для того, чтобы обеспечить доступность медицинских услуг для населения во всех уголках страны. Критики, однако, отмечали, что в таких условиях государственные учреждения получают явные преимущества, что делает невозможной честную конкуренцию на рынке. Управления здравоохранения при Министерстве обороны, Министерстве транспорта, Министерстве внутренних дел и Министерстве юстиции также контролируют деятельность ряда медицинских учреждений, находящихся в их ведении.

Аптеки, диагностические лаборатории, а также почти 90% амбулаторных медицинских учреждений находятся в частной собственности. Некоторые амбулаторные врачи также работают в больницах, осуществляя прием пациентов в поликлиниках при этих больницах. Компании, занимающиеся предоставлением экстренной медицинской помощи, могут быть как государственными, так и частными: они действуют на основе лицензий, выдаваемых Министерством здравоохранения на 4 года по тендерному принципу.

Органы государственного управления (Министерство здравоохранения, Управление по надзору в сфере здравоохранения), а также органы местного самоуправления, полномочия которых распространяются, в основном, лишь на амбулаторные учреждения, находящиеся на соответствующей территории, регламентируют деятельность системы здравоохранения и выдают разрешения

поставщикам медицинских услуг. Кроме того, на политику в сфере здравоохранения влияют организованные группы активистов, лоббирующих интересы той или иной стороны. Хотя формально их участие в обсуждении законопроектов даже приветствуется, на самом деле, их рекомендации почти не имеют реальной политической силы. Представители работодателей и работников встречаются с членами правительства во время заседаний Трехстороннего социально-экономического совета, но законодательный процесс не предусматривает обязательного достижения консенсуса между всеми участниками совета. Профессиональные ассоциации (иначе называемые «палатами») ведут регистры медицинских работников, а также выдают и аннулируют лицензии. Они также сотрудничают в сфере проведения мониторинга управления медицинскими учреждениями и формулируют заключения по вопросам медицинской этики. Членство в профессиональных палатах не является обязательным.

## Финансирование

После провозглашения независимости Словакии в 1993 году в стране был учрежден Национальный фонд страхования и, таким образом, восстановлена модель социально-медицинского страхования Бисмарка. В 1994 году вступил в силу Закон о медицинском страховании, который предусматривал создание нескольких фондов медицинского страхования. С момента своего основания (в начале 1990-х годов) система медицинского страхования в Словакии неоднократно испытывала финансовые затруднения. Реформы 2002–2006 гг. были направлены на решение такого рода проблем путем ужесточения бюджетных ограничений, повышения эффективности использования ресурсов и расширения возможностей использования внутренних резервов системы. В результате реорганизации фонды медицинского страхования были преобразованы в акционерные компании.

В 2008 году общие расходы на здравоохранение составили 7,8% ВВП, что гораздо выше среднего показателя по ЕС-12, но все же существенно ниже среднего уровня расходов по ЕС-15. В 2008 году общие подушевые расходы на здравоохранение достигли 1717 долларов США по паритету покупательной способности, что намного больше аналогичного показателя в таких странах Вышеградской четверки, как Венгрия и Польша, и чуть больше, чем в Чешской республике (Европейское региональное бюро ВОЗ, 2010 год).

С 2010 года система обязательного медицинского страхования Словакии основана на принципах солидарности и обеспечивает универсальный охват населения с предоставлением широких государственных гарантий в сфере оказания медицинской помощи. В рамках единой системы граждане могут ежегодно выбирать одну из трех национальных страховых компаний. Главным источником дохода системы здравоохранения являются взносы, собираемые медицинскими страховыми компаниями, которые формально являются коммерческими акционерными компаниями, но в период с 2008 по 2011 год они обязаны тратить всю свою прибыль на закупку медицинских услуг. Страховые взносы уплачивают: (1) работодатели и работники; (2) самозанятые; (3) добровольно безработные и (4) лица, застрахованные государством. К последней группе относятся экономически неактивные категории населения, за которые государство осуществляет взносы (около трети всех доходов от страховых взносов). Собранные средства учитывают риски по двум демографическим характеристикам: возраст и пол. С 2010 года при этом также учитывается принадлежность клиента группе лиц, застрахованных государством. Расчеты с поставщиками медицинских услуг производятся в соответствии с договорами, где оговаривается размер оплаты, вид и качество услуг, а также система оплаты. Амбулаторная помощь оплачивается

по подушевому принципу и за услугу, амбулаторные врачи – узкие специалисты оплачиваются за услугу. Стационарная помощь оплачивается по законченному случаю. Участие пациентов в финансировании медицинских услуг осуществляется в форме небольшой платы за выписку рецепта на медикаменты. В 2003 году были введены соплаты за медикаменты и спа-процедуры. Вследствие того, что программа обязательного медицинского страхования достаточно обширна, система добровольного медицинского страхования (ДМС) в стране играет лишь вспомогательную роль.

Кроме уплаты взносов за застрахованные государством группы населения, бюджетные средства также используются для финансирования деятельности нескольких министерств, в первую очередь, Министерства здравоохранения. Это министерство, в свою очередь, финансирует Управление общественного здравоохранения и Словацкий медицинский университет, находящийся в государственной собственности. Региональные и муниципальные органы управления часто вкладывают дополнительные средства в их медицинские учреждения и финансируют капитальные вложения в больницы и амбулаторные центры.

## **Материальные и трудовые ресурсы**

Чтобы начать работать в сфере медицинских услуг в Словакии, необходимо пройти следующие три этапа. Во-первых, каждый работник сферы здравоохранения должен получить лицензию Медицинской палаты Словакии. Во-вторых, каждый поставщик медицинских услуг обязан обратиться за разрешением на осуществление своей деятельности в местные органы власти либо в Министерство здравоохранения, в зависимости от типа медицинского учреждения. В-третьих, поставщики услуг

должны подать заявку на заключение договора со страховой медицинской компанией. Следует отметить, что прохождение двух первых этапов вовсе не гарантирует успешного подписания договора на третьем этапе, и поставщики медицинских услуг, в принципе, могут работать, не имея соглашения со страховой медицинской компанией.

На данном этапе материальная база больниц в значительной мере устарела. Средний срок работы большинства стационарных учреждений в Словакии на настоящий момент составляет 34,5 года. С 2003 года Министерство здравоохранения перестало осуществлять капитальные вложения в эту сферу. Вместо этого, капитальные вложения были перераспределены страховым медицинским компаниям для того, чтобы они выплачивали производителям услуг амортизационные расходы. С 2000 года количество коек в стационарах краткосрочного и долгосрочного лечения, психиатрических стационарах уменьшилось (снизились как абсолютные, так и относительные показатели). Несмотря на это, число коек в стационарах краткосрочного лечения в Словакии по-прежнему является самым высоким в Европе. Реализация плана существенного сокращения количества коек внесла коррективы в структуру производителей стационарных и амбулаторных услуг: 6000 коек больниц краткосрочного лечения были сокращены или перепрофилированы в койки для хронических больных; три больницы краткосрочного лечения были закрыты и еще несколько – преобразованы в учреждения для лечения пациентов с хроническими болезнями (стационары долгосрочного лечения). Снижение показателей обеспеченности койками (на 1000 населения) и занятости койки объясняется проведением ранее упомянутой активной политики сокращения коек, а также одновременным сокращением средней продолжительности госпитализации в стационарах краткосрочного лечения и постепенным сокращением числа

госпитализаций. Процесс замещения дневными хирургическими стационарами пока идет медленно, хотя за последние годы наблюдается заметный рост числа дневных хирургических стационаров.

По количеству врачей и медицинских сестер до 2001 года Словакия не уступала Германии и имела такой же уровень укомплектованности кадрами, что и в среднем по ЕС-15. После 2001 года в стране наблюдалось постепенное снижение численности врачей и медсестер по отношению к численности населения, хотя количество медперсонала в Словакии по-прежнему было выше среднего показателя по ЕС-12. Основными причинами данного явления были утечка кадров за рубеж и реструктуризация медицинских учреждений. По данным национальной статистики, с 2006 года в стране вновь наблюдается рост числа медицинских работников. Однако старение кадров и миграция медперсонала могут вновь обострить кадровый вопрос в сфере здравоохранения. Хотя точные данные о миграции специалистов отсутствуют, данная проблема является общепризнанной. Медицинские специалисты могут получить профильное образование одним из 4 способов: (1) закончить аккредитованное высшее учебное заведение со степенью бакалавра или магистра медицины; (2) получить высшее профессиональное образование; (3) получить полное среднее специальное образование или (4) получить среднее специальное образование в рамках программ, предусматривающий получение академической степени в среднем медицинском учебном заведении.

## **Оказание медицинских услуг**

Услуги общественного здравоохранения находятся под контролем Управления общественного здравоохранения, которое преимущественно занимается мониторингом инфекционных заболеваний, а также организует проведение программ

иммунизации, выполняемых врачами общей практики и финансируемых страховыми медицинскими компаниями. Амбулаторная помощь предоставляется в основном частными врачами. Пациенту предоставлена полная свобода выбора как врача общей практики, так и врача – узкого специалиста. Амбулаторные услуги предоставляются бесплатно, за исключением стоматологических услуг, которые пациентам часто приходится оплачивать целиком. Стационарная помощь оказывается в государственных или частных больницах общего профиля (включая университетские больницы) и в специализированных больницах. В больницах также, как правило, врачи-специалисты ведут амбулаторный прием пациентов. Скорая помощь предоставляется развитой сетью частных и государственных организаций, обслуживающих все 264 округа. Время прибытия бригады скорой помощи на место вызова в любой точке страны составляет 15 минут. По сравнению со странами ЕС-15, в Словакии довольно низкий уровень душевых расходов на приобретение медикаментов в абсолютном выражении, при этом, однако, на долю данной статьи расходов приходится одна треть государственных расходов на здравоохранение – по этому показателю Словакия лидирует среди всех стран ОЭСР. Вопросами медикаментозной помощи занимается Государственный институт контроля лекарственных средств. Дистрибьюторы и аптеки являются частными. Отсутствует координация медицинских учреждений и учреждений социальной сферы в деле предоставления долгосрочной помощи. Одни и те же услуги предоставляются медицинскими учреждениями и социальными центрами на разных условиях и за различную плату. Дополнительная и альтернативная медицинская помощь, в основном, оказывается частными специализированными амбулаторными учреждениями. Эти услуги не включены в программу обязательного медицинского страхования.

## Основные реформы в области здравоохранения

С 1990 года Словакия вступила в эпоху перемен, когда периоды кардинальных реформ сменялись периодами затишья, а затем следовал новый период перемен. В начале 1990-х годов страна вернулась к модели медицинского страхования Бисмарка. Тогда же прошла приватизация медицинских учреждений. Институциональная и регулятивная база проводимых преобразований была недостаточно развита, кроме того, подвержена коррупции, что привело к росту задолженности и банкротству многих участников рынка медицинского страхования. В конце 1990-х годов обстановка несколько стабилизировалась, хотя уровень задолженности продолжал стремительно расти. В результате радикальных реформ 2002–2006 гг. было изменено все законодательство в сфере здравоохранения и введен новый подход к организации медицинской деятельности на основе личной ответственности. Страховые медицинские компании были реорганизованы в акционерные общества, были введены строгие бюджетные ограничения и была создана новая нормативная и институциональная среда. С целью достижения понимания пациентами вопросов потребления медицинских услуг была введена система платы пациентов. В основу организации системы здравоохранения был положен принцип управляемой конкуренции, предусматривавший свободу рыночных отношений (либерализация цен, обеспечение более легкого доступа на рынок, либерализация механизмов оплаты медицинских учреждений) при возможности строгого контроля (минимальные требования к сети, критерии финансовой устойчивости, лицензирование). Данная модель была одновременно ориентирована и на достижение общественных целей посредством создания адекватных стимулов для участников рынка в сфере здравоохранения.

После выборов 2006 года новое правительство изменило парадигму. Рыночные реформы и принцип личной ответственности утратили актуальность. Вместо них был провозглашен принцип большего участия государства и его большей ответственности. Хотя институциональная и нормативная системы не претерпели особых перемен, страховые медицинские компании стали некоммерческими и была отменена система селективных договоров. Кроме этого, плата пациентов была либо сокращена, либо отменена вовсе. В результате выборов 2010 года у власти оказалось правительство, которому была ближе политическая идеология правительства 2002–2006 гг. Новая политическая программа вновь предусматривала право страховых медицинских компаний на получение прибыли, возобновление процесса реорганизации больниц в акционерные компании, расширение полномочий Управления по надзору в сфере здравоохранения, внедрение системы оплаты стационаров по КСГ и усиление рыночных механизмов в медицинском страховании.

## Оценка системы здравоохранения

По международным стандартам, система финансирования здравоохранения в Словакии может считаться прогрессивной. В период 2002–2005 гг. косвенные налоги и личные расходы граждан увеличили регрессивность системы, однако данная тенденция была преодолена благодаря росту в то же время прогрессивности прямых налогов и взносов на обязательное медицинское страхование. Однако, это не позволяет в полной мере охватить все эффекты распределения. Реформы здравоохранения 2002–2006 годов привели к увеличению числа семей, которые стали тратить на здравоохранение большую долю их доходов. Кроме того, эффекты распределения демонстрируют недостаточную степень социальной

справедливости принятых мер: расходы в большей степени возросли во втором и третьем доходных квинтилях.

Это, в основном, было обусловлено введением системы референтных цен, которая значительно увеличила соплатежи граждан.

В 2008 году подушевые расходы на здравоохранение, рассчитываемые по паритету покупательной способности, были на достаточно низком уровне – почти в два раза ниже среднего уровня по ЕС-15. Значительная часть финансовых ресурсов расходуется на медикаменты (в 2008 году – 28% по сравнению с 16% в странах ОЭСР), что закономерным образом приводит к недофинансированию других сфер здравоохранения. Достаточно высокая обеспеченность койками (по сравнению со средним показателем по странам ОЭСР),

относительно низкий показатель занятости койки, высокий уровень числа выписанных из больниц и большое число врачебных посещений свидетельствуют о наличии значительных ресурсов в системе, но, в то же время, могут указывать на избыточность коечного фонда и чрезмерное его использование. Что касается кадровых ресурсов, то обеспеченность врачами и медицинскими сестрами в стране ниже среднего уровня по ЕС-15, но выше средних показателей по ЕС-12. Несмотря на значительное улучшение отдельных показателей (особенно увеличение продолжительности жизни и снижение младенческой смертности), показатели состояния здоровья в Словакии по-прежнему существенно ниже, чем в странах ЕС-15 и ОЭСР, приближаясь к аналогичным показателям четырех государств Вышеградской группы.