

# ОСНОВЫ ПОЛИТИКИ

## Медицинская помощь вне стационара Получение общеврачебной и специализированной медицинской помощи в восьми странах

Авторы:  
Stefanie Ettelt  
Ellen Nolte  
Nicholas Mays  
Sarah Thomson  
Martin McKee  
и  
International Healthcare  
Comparisons Network



**© Всемирная организация здравоохранения 2008 г., от имени Европейской обсерватории по системам и политике здравоохранения**

Все права защищены. Европейская обсерватория по системам и политике здравоохранения охотно удовлетворяет запросы о разрешении на перепечатку или перевод своих публикаций частично или полностью.

Запросы относительно публикаций следует направлять по адресу: Publications, WHO Regional Office for Europe, Scherfigsvej 8, DK-2100 Copenhagen 2, Denmark. Кроме того, запросы на документацию, информацию по вопросам здравоохранения или разрешение на цитирование или перевод можно заполнить в онлайн-режиме на сайте Регионального бюро (<http://www.euro.who.int/pubrequest>).

Обозначения, используемые в настоящей публикации, и приводимые в ней материалы не отражают какого бы то ни было мнения Европейской обсерватории по системам и политике здравоохранения относительно правового статуса той или иной страны, территории, города или района или их органов власти, или относительно делимитации их границ. Пунктирные линии на географических картах обозначают приблизительные границы, относительно которых пока что еще может не быть полного согласия.

Упоминание тех или иных компаний или продуктов отдельных изготовителей не означает, что Европейская обсерватория по системам и политике здравоохранения поддерживает или рекомендует их, отдавая им предпочтение по сравнению с другими компаниями или продуктами аналогичного характера, не упомянутыми в тексте. За исключением случаев, когда имеют место ошибки и пропуски, названия патентованных продуктов выделяются начальными прописными буквами.

Европейская обсерватория по системам и политике здравоохранения приняла все разумные меры предосторожности для проверки информации, содержащейся в настоящей публикации. Тем не менее, опубликованные материалы распространяются без какой-либо четко выраженной или подразумеваемой гарантии. Ответственность за интерпретацию и использование материалов ложится на пользователей. Европейская обсерватория по системам и политике здравоохранения ни в коем случае не несет ответственности за ущерб, связанный с использованием этих материалов. Мнения, выраженные в данной публикации авторами, редакторами или группами экспертов, не обязательно отражают решения или официальную политику Европейской обсерватории по системам и политике здравоохранения.

В Международную сеть сравнительных исследований в здравоохранении входят эксперты из 13 стран (см. ниже). Сеть является частью исследовательского проекта, осуществляемого при финансовой поддержке Министерства здравоохранения Великобритании (номер гранта 0510002). Мы выражаем ему свою благодарность. Мы также хотим выразить свою признательность за оказанную поддержку и обратную связь сотрудникам Министерства здравоохранения Великобритании, в особенности Деборе Рош и Алану Гланцу. Мнения, выраженные в данном документе, принадлежат исключительно их авторам и не обязательно отражают мнение Министерства здравоохранения Великобритании. Авторы несут полную ответственность за все ошибки.

**Международная сеть сравнительных исследований в здравоохранении (International Healthcare Comparisons Network)**

**Райнард Буссе**, отдел управления медицинской помощью, Институт медицинских исследований, Технологический университет, Берлин, Германия, Европейская обсерватория по системам и политике здравоохранения

**Карл-Арди Дюбуа**, факультет сестринского дела, Монреальский университет, Канада

**Изабель Дюран-Залески**, больница Henri Mondor, Париж, Франция

**Одд Арилд Хауген**, специальный советник по услугам и системам здравоохранения, Бломменхольм, Норвегия

**Джудит Хили**, Сеть контрольных институтов (RegNet), Научно-исследовательская школа социальных наук, Австралийский национальный университет

**Альберто Холли**, Институт экономики и управления здравоохранения, Лозаннский университет, Швейцария

**Ингвар Карлберг**, Центр анализа систем здравоохранения, Гетеборг, Швеция

**Ник Клазинга**, отделение социальной медицины, Амстердамский университет, Нидерланды

**Алан Красник**, Институт общественного здравоохранения, Копенгагенский университет, Дания

**Николаас Мейс**, Лондонская школа гигиены и тропической медицины, Великобритания, советник Министерства финансов Новой Зеландии по вопросам политики

**Юха Тепери**, Национальный центр научных исследований и разработок в области здравоохранения STAKES, Хельсинки, Финляндия

**Магдалена Розенмеллер**, бизнес-школа IESE, Наваррский университет, Барселона, Испания

**Уолтер Риччиарди**, отдел гигиены и общественного здравоохранения, Католический университет Sacred Heart, Рим, Италия

## Медицинская помощь вне стационара

### Получение общеврачебной и специализированной медицинской помощи в восьми странах

Характер оказания медицинской помощи меняется. Хотя лечение в больницах будет всегда занимать ключевое место в оказании медицинской помощи, что подчеркивает их важную роль в деле подготовки специалистов и проведении научных исследований, а также в деле ведения сложных и тяжелых случаев заболевания, во многих странах растет интерес к перспективе оказания некоторых видов помощи за пределами стационара. Этому интересу способствует ряд факторов:

- очевидная высокая стоимость стационарного лечения (хотя во многих странах стоимость оказания такой же медицинской помощи вне стационара может быть не ниже или даже выше из-за потери масштабной экономии);
- ожидаемые в будущем проблемы в организации стационарного лечения, особенно там, где население расселено на обширной территории;
- предположение, что оказание помощи за пределами стационара сделает ее более доступной, тем самым повысив ее способность к реагированию на существующие запросы и, возможно, расширив выбор для пациента.

Несмотря на такой интерес, в данный момент на удивление мало информации о том, как в разных странах организовано медицинское обслуживание вне стационара. Это контрастирует с обилием информации по таким вопросам, как, например, количество коек в стационарах. В этом документе мы ставим перед собой цель показать широкий спектр существующих моделей на примере восьми стран. Такое описание призвано служить основой для более предметной дискуссии о будущих перспективах медицинского обслуживания вне стационара.

Для анализа были отобраны страны с различными характеристиками: в одних здравоохранение финансируется главным образом посредством медицинского страхования (Франция и Нидерланды), в других источником финансирования



являются в основном налоги (Австралия, Дания, Англия\*, Финляндия, Новая Зеландия и Швеция). В большинстве этих стран разделяется точка зрения, что финансируемое государством здравоохранение должно оказывать широкий спектр услуг, охватывать все население и стремиться к повышению стандартов качества обслуживания, социальной справедливости и эффективности лечения. Однако порядок обращения пациентов к врачам общей практики и врачам-специалистам, имеющийся у пациента выбор и организация медицинского обслуживания в этих странах существенно различаются.

Можно представить рассматриваемые страны в виде спектра, где, с одной стороны, активно используется механизм, который контролирует доступ к специализированным и диагностическим службам, а с другой – пациент может свободно обращаться за специализированной помощью напрямую. Системы обращения напрямую, как правило, предоставляют пациенту более широкий выбор врача и позволяют быстрее получить специализированную помощь, однако нередко этому сопутствуют фрагментированность и меньшая преемственность в лечении, более высокие затраты пользователя и снижение уровня социальной справедливости и экономической эффективности. Системы, где практикуется активный контроль со стороны врача общей практики и других медицинских работников, как правило, требуют постановки пациента на учет и ограничивают выбор пациентом лечащего врача, но в большей степени обеспечивают непрерывность в лечении и интеграцию различных служб. В таких системах реже встречается дублирование и за счет этого повышается эффективность использования ресурсов; кроме того, в них, как правило, исторически существуют более четкое деление на врачей общей практики и врачей-специалистов и более долгая традиция разделения врачей общей практики/семейных врачей и врачей-специалистов.

Важно отметить значительный объем имеющихся научных исследований, посвященных взаимосвязи сильного первичного звена медико-санитарной помощи и здоровья населения – примером такого исследования является работа Старфилд (Starfield) и коллег. В недавно проведенном анализе стран, входящих в Организацию экономического сотрудничества и развития (ОЭСР), эти авторы показали, что наличие сильной системы первичной медицинской помощи в стране значимым образом ассоциируется со снижением преждевременной смертности от целого ряда заболеваний (1). Эта оценка была проведена с использованием 10-компонентной шкалы, отражающей

---

\* В Соединенном Королевстве ответственность за организацию здравоохранения передана Англии, Шотландии, Северной Ирландии и Уэльсу. В связи с этим в организации здравоохранения наблюдается все больше различий и изменений, причем наиболее динамично ситуация меняется в Англии. Если не указано иное, в настоящем документе приводятся примеры и данные Англии.

структурные характеристики, такие как финансирование, распределение и доступность ресурсов, и специфические особенности практики на уровне первичного звена, такие как активность механизма контроля доступа к специализированной помощи, полнота оказания помощи на уровне первичного звена и степень координации услуг. Эта зависимость сохранилась и после поправок ряда детерминант здоровья населения, таких как национальное благосостояние и потребление алкоголя и табака, что указывает на высокий потенциал первичного звена в части улучшения здоровья населения.

Настоящий реферат посвящен трем основным темам:

- порядок получения помощи, оказываемой врачами общей практики (первично) и врачами-специалистами в восьми странах;
- связь между степенью выбора и затратами пользователя;
- ассортимент услуг, предоставляемых пациентам врачами общей практики, врачами-специалистами и другими медицинскими работниками.

Документ основан на обзоре ряда как опубликованных, так и малоизвестных работ, а также информации о странах, полученной от Международной сети сравнительных исследований здравоохранения. Важно отметить, что мы не ставили перед собой цель систематической и всеобъемлющей оценки стратегий оказания медицинской помощи вне стационара, а лишь попытались сделать «одномоментный снимок» подходов, принятых в разных странах, чтобы выявить основные характеристики существующих моделей. Мы приводим более подробное описание систем, существующих в каждой из рассматриваемых здесь стран, в Приложении (с. 18–86). Однако необходимы дальнейшие исследования контекстуальных факторов и изменившихся особенностей для более систематического сравнения подходов к организации общей и специализированной медицинской помощи.

### **Порядок обращения к врачам общей практики и врачам-специалистам**

Порядок первоначального обращения пациентов за несрочной медицинской помощью в разных странах весьма различен. В Дании, Англии и Финляндии пациенты должны вставать на учет у врача общей практики по месту жительства, а в Нидерландах можно встать на учет у любого врача общей практики независимо от места жительства. В Австралии, Новой Зеландии, Франции и Швеции пациенты могут обратиться к любому врачу общей практики и потребовать (определенную сумму) возмещение расходов или субсидию, хотя по своему усмотрению пациент может встать на учет и у врача общей практики в Швеции или у «*medecin traitant*» («лечащего врача») во Франции.



Как правило, пациенты обращаются к врачу общей практики за консультацией, если им требуется несрочная помощь при первом посещении, обычно пациент должен заранее записаться на прием. Время ожидания может быть различным – от приема врачом в день записи до ожидания более восьми дней. В срочных случаях пациенты во всех странах могут обратиться непосредственно в отделение скорой помощи стационара.

Во всех восьми странах первоначальную помощь почти всегда оказывает врач. Такая система часто опирается на существующий порядок возмещения расходов, хотя растет интерес к расширению роли медсестер и других медицинских работников, таких как фармацевты. Примеры оказания помощи, когда центральным лицом является медсестра, обычное явление, особенно в Англии, Нидерландах и Швеции. Так, в шведских медицинских центрах пациента вначале осматривает медсестра, которая направляет этого пациента к врачу общей практики либо в больницу. До недавнего времени сестринский уход при заболеваниях осуществлялся, как правило, под контролем врача в соответствии со строгими протоколами. Но сейчас, особенно в Англии, медсестры и фармацевты все чаще занимаются самостоятельной практикой. Недавно были внесены изменения в инструкции, значительно расширяющие перечень фармацевтических препаратов, которые имеет право выписывать медсестра.

Существуют разные модели оказания медицинской помощи в нерабочие часы, а многие страны сейчас пересматривают порядок оказания такой помощи. Например, во Франции в экспериментальном порядке на базе больниц организованы службы вызова врачей общей практики, в этих службах или центрах по вызову работают врачи; врачи, специализирующиеся на оказании помощи в нерабочие часы, по договоренности получают повышенную оплату. В Нидерландах врачами общей практики созданы кооперативы, которые на базе специальных центров или больниц обеспечивают оказание помощи больным в нерабочие часы; решение об оказании помощи обычно принимает медсестра на основе установленных критериев. В Новой Зеландии в крупных городах открыты медицинские центры, в которых прием ведется без предварительной записи либо круглосуточно, либо дополнительно в вечернее время и в выходные дни. Обычно в таких центрах могут выполнять рентгенографию и другие диагностические исследования. Однако обращение за такими услугами обходится дороже, чем стандартное лечение у врача общей практики. В Англии у пациентов есть несколько вариантов получения помощи в нерабочие часы: отделения неотложной помощи в больницах, центры приема без записи (многие из них открыты поздно вечером и в выходные дни), травмпункты, линия телефонной помощи (NHS Direct) и помощь силами врачей общей практики (обычно организованная в форме кооперативов врачей общей практики).

Ситуация в странах различается и в части обращения за специализированной медицинской помощью. До недавнего времени пациенты во Франции (и в Германии\*) могли непосредственно обратиться к врачу-специалисту без дополнительной оплаты. В Австралии, Нидерландах и Швеции пациенты имеют право на возмещение расходов по оплате специализированной амбулаторной помощи, только в том случае, когда их направляет к специалисту врач общей практики. В Англии направление от врача общей практики, как правило, является единственным путем получения консультации специалиста в несрочных случаях. В некоторых странах пациенты могут обойти систему контроля доступа к специализированной помощи, если платят из собственного кармана или готовы нести более высокие расходы за медицинские услуги, финансируемые государством. Так, в Дании пациент по своему усмотрению может либо встать на учет в системе, где проводится контроль доступа к специализированной помощи, за что он не платит, либо воспользоваться системой, допускающей непосредственное обращение к специалистам, но в этом случае он оплачивает посещение как врача общей практики, так и врача-специалиста.

В ряде стран, где допускается непосредственное обращение за амбулаторной помощью к врачам-специалистам, с недавнего времени принимаются меры по ограничению таких обращений и повышению роли врача первичного звена в таком контроле (например, во Франции и в меньшей степени в Германии\*\*). Такие нововведения обусловлены главным образом стремлением снизить стоимость медицинского обслуживания и избежать необоснованного обращения к специалистам (3).

Напротив, в некоторых странах с устоявшимся механизмом контроля доступа к специализированной помощи внедряются инициативы, призванные облегчить доступ к врачам-специалистам. Так, в Англии с апреля 2005 г. врач-окулист может напрямую направить пациента в глазное отделение стационара без необходимости предварительной консультации пациента с врачом общей практики. Другие страны, например Дания, исключают некоторые виды специализированной помощи из системы такого контроля, давая пациенту возможность непосредственно обратиться, например, к оториноларингологу или офтальмологу (4).

---

\* В настоящем документе приводится ряд примеров, взятых из материалов по Германии, которые представляются нам интересными. Однако по причине сходства немецкой и французской систем во избежание повторов Германия не включена в таблицу.

\*\* Последние данные по Германии указывают на то, что к февралю 2006 г. более чем 23 млн застрахованных граждан предложили модель контроля посещения специалиста. Но пока лишь 2,6 млн человек участвуют в соответствующих моделях (2).



### Вставка 1: «Пункты специализированной помощи» в сельских районах Швеции

В 1990-х годах некоторые небольшие стационары в Швеции были признаны нерентабельными и преобразованы в «пункты специализированной помощи», а их отделения скорой помощи и больничные палаты были закрыты.

К видам медицинской помощи, которую можно получить в таких пунктах, относятся педиатрия, внутренние болезни, гинекология, хирургия, ортопедия, офтальмология, оториноларингология, психиатрия, помощь при диабете и услуги реабилитационных центров. Часто в административном и финансовом плане такие пункты являются подразделениями ближайшей больницы либо объединены с местной службой первичной медицинской помощи.

Нельзя сказать, что пункты специализированной помощи появились в Швеции в результате целенаправленного политического решения или стратегии реформ. Однако данный опыт демонстрирует вариант решения таких проблем, как экономическая нерентабельность небольших больниц и дефицит специализированной помощи в отдаленных районах.

### **Связь между возможностью выбора врача и затратами пользователя**

Возможность выбора поставщика медицинских услуг все чаще дорого обходится как пациентам, так и самой системе здравоохранения. Для государства, финансирующего медицинское обслуживание, нерегулируемый доступ к любому врачу вызывает повышение издержек, поскольку пациент может обратиться к нескольким врачам, что приводит к нерациональному дублированию услуг. У пациентов, желающих иметь более широкий выбор врачей, могут появиться (или возрасти) затраты пользователя. Кроме того, в результате может пострадать интегрированность системы медицинского обслуживания: пациенту будет труднее ориентироваться в этой системе и придется тратить больше времени на то, чтобы попасть от одного врача к другому.

В нескольких странах введена определенная форма оплаты пользователем консультации врача, причем масштабы и уровень такой оплаты значительно варьируются. В Новой Зеландии у врача общей практики всегда было право взимать с пациентов плату, превышающую размер государственного



возмещения расходов на медицинскую помощь, сходная система существует и в Австралии. Во Франции постепенно вводится оплата пользователем посещения врачей общей практики и специалистов как способ контролирования спроса на медицинские услуги и привлечения дополнительных доходов. Недавнее введение новой системы медицинского страхования в Нидерландах позволяет пациентам выбирать тот или иной страховой план, включая планы, предусматривающие страховую выплату сверх предусмотренной личной материальной ответственности или возврат страховой премии при отсутствии страховых претензий («no claim»). Это может означать, что пациенту придется оплачивать посещение врача из собственных средств.

В целом оплата пользователя отражает готовность пациента платить за более широкую возможность выбора врача. Франция недавно ввела у себя модель контроля доступа к специализированной помощи. Пациенты, идущие в обход этого механизма, вносят более высокую сооплату и получают от государства меньшее возмещение расходов за медицинское обслуживание. Сходная система существует и в Дании, однако менее 2% датских пациентов предпочитают платить за более широкий выбор. Причинами этого являются дополнительные финансовые затраты и довольно высокий уровень удовлетворенности работой врачей общей практики. Те жители Дании, которые все же предпочитают выбор, как правило, старше, богаче и обладают более крепким здоровьем: они реже пользуются услугами врачей общей практики и больницами, но чаще обращаются к специалистам.

Хотя выбор врача воспринимается некоторыми как путь к повышению доступности медицинского обслуживания, опыт показывает, что это не всегда верно (5). Например, даже в странах, где пациенты теоретически могут по выбору обратиться к любому врачу, существует неравенство между регионами в части доступности медицинской помощи. Во Франции давней проблемой является неравномерное распределение врачей по территории страны, поскольку врачи свободны в выборе места своей практики. В Дании большинство пациентов, предпочитающих платить за возможность напрямую обратиться к специалисту, живут в Копенгагене и его окрестностях, где концентрация врачей-специалистов самая высокая в стране.

В большинстве стран допускается освобождение пользователя от оплаты или существуют льготы с целью повышения доступности медицинской помощи определенным группам населения. При этом в разных странах применяются разные критерии предоставления таких льгот. Могут учитываться уровень доходов (на основе административных данных или проверки материального положения), возраст (например, дети и пожилые



люди), интенсивность обращения за помощью (например, лица с хроническими заболеваниями) или принадлежность к приоритетным группам (например, беременные). Однако имеются данные о том, что эти критерии нередко применяются произвольно или непоследовательно, что может привести к серьезному неравенству. Например, в Швеции больные диабетом освобождены от оплаты лекарств, полученных по рецепту, но эта льгота не распространяется на пациентов с другими хроническими заболеваниями.

Во всех рассматриваемых странах взимают плату за лекарства либо в виде фиксированной ставки на единицу товара, либо в виде процента от их цены. В ряде стран оплата пользователем лекарственных препаратов устанавливается с учетом критерия экономической эффективности (в некоторых случаях стоимость лекарств, не признаваемых экономически эффективными, не подлежит возмещению); считается, что именно эта практика помогает сдерживать рост расходов на фармацевтические препараты в Австралии и Новой Зеландии.

### **Виды услуг, предоставляемых врачами общей практики, врачами-специалистами и другими медработниками**

Спектр услуг, обычно оказываемых врачом общей практики, различен в разных странах. Британская концепция «команды первичного звена» наиболее объемлющая среди рассматриваемых стран. Аналогичный подход отмечен и в Финляндии. В других странах, особенно в странах с (социальной) системой медицинского страхования (например, во Франции и Германии, но не в Нидерландах), пациент с большей вероятностью нанесет первичный визит врачу-специалисту, в отличие от Англии, где такую же помощь пациенту окажет врач общей практики. Это различие можно объяснить целым рядом факторов, например, наличием специальной подготовки врачей общей практики и относительно низким до недавнего времени числом врачей-специалистов в расчете на душу населения в Англии, разницей в традиционном понимании роли врача общей практики и доминированием врачей-специалистов в некоторых странах.

Проблему доступности диагностических услуг нередко считают основным «узким местом» на пути пациента к получению медицинской помощи. В Англии, Дании и Швеции диагностические услуги, как правило, оказывают в больнице, поэтому пациентам приходится специально являться в больницу для прохождения диагностического обследования. В странах с более сильным частным сектором (Австралия, Новая Зеландия) у пациента есть выбор:

напрямую обратиться в амбулаторное отделение больницы либо получить у своего врача общей практики направление в частную клинику на лабораторное обследование и/или диагностику. В обоих случаях пациентам нередко приходится подолгу ждать осмотра специалистом. В Нидерландах врачи общей практики сотрудничают с независимыми лабораториями (часто это некоммерческие организации, финансируемые местными врачами общей практики), которые оказывают широкий спектр диагностических услуг. Этот динамично растущий рынок привлекает коммерческих конкурентов, главным образом из-за рубежа.

В некоторых странах разработаны модели, которые допускают или поощряют интеграцию диагностических или других специализированных услуг в общую врачебную практику и местные медицинские центры. Например, центры по охране здоровья в Финляндии имеют право приобретать диагностические и специализированные услуги у стационаров и других поставщиков услуг (см. рамку 2). В центрах работают врачи общей практики, медсестры и другой персонал, в том числе это могут быть социальные работники, санпросветработники и медицинские специалисты. Однако число специалистов в центрах по охране здоровья в Финляндии невелико, главным образом из-за низкого профессионального статуса работы в таком центре.

В Германии, напротив, приняты нормативные положения с целью повысить уровень использования амбулаторных служб диагностики и лечения в стационарах (7). Расширение потенциала для оказания амбулаторной помощи является ответом на проблему неэффективности существующей альтернативы, когда обследование проводят в своих приемных врачи-специалисты, получая плату за каждую такую услугу, что создает у них мотивацию формировать искусственные потребности в лабораторном обследовании.

Среди врачей и пациентов растет интерес к дополнительной и альтернативной медицине (ДАМ). Однако во многих странах пока не удалось решить проблему регулирования все более возрастающего числа видов лечения и профессий ДАМ. Нередко встает вопрос о том, следует ли возмещать стоимость альтернативных видов лечения (и если да, то каких) из государственных средств и как включить их в ассортимент услуг общественного здравоохранения. В разных странах по-разному подходят к вопросу включения ДАМ в общую систему здравоохранения. В настоящее время не существует универсальной модели главным образом из-за того, что и традиции альтернативной медицины в странах разные. Кроме того, пока имеется не так много доказательств эффективности большинства видов ДАМ.



## Вставка 2: Центры по охране здоровья в Финляндии

Центры по охране здоровья в Финляндии приобретают диагностические и специализированные услуги у больниц и других поставщиков услуг. У них нередко имеются собственное оборудование для рентгенодиагностики и своя лаборатория; они могут открыть на своей базе аптеку для местного населения и организовать стационар на несколько коек («стационар первичного звена»). Такие стационары в основном осуществляют квалифицированный сестринский уход за пожилыми людьми, которые не могут самостоятельно жить у себя дома, но не настолько больны, чтобы их надо было положить в обычный стационар (6).

Со времени появления таких центров в 1970-х годов продолжают развиваться все более многообразные их модели. После широкомасштабных административных реформ 90-х годов многие местные больницы среднего размера городов были объединены с центрами по охране здоровья. Такие объединения положили начало развитию на базе центров специализированных поликлиник, оказывающих такие услуги, как, например, лечение диабета, реабилитация после инсульта или эндоскопия.

В ряде городов появилась такая форма сотрудничества между стационарами и центрами, как «электронные консультации», когда врач общей практики направляет в стационар запрос с клиническими данными и в течение одного-двух дней получает консультацию и/или рекомендации по дальнейшим действиям.

В большинстве стран услуги, касающиеся сексуального и репродуктивного здоровья, предоставляют главным образом врачи общей практики либо такие специалисты, как гинекологи и венерологи. Хотя в некоторых странах существуют специальные программы по сексуальному здоровью, они состоят в основном из социальных служб, которые проводят консультирование и оказывают (некоторые) услуги по планированию семьи и контрацепции. В Нидерландах клиники сексуального здоровья, возглавляемые медсестрами, конфиденциально оказывают специализированную помощь всему населению (исторически они были созданы только для оказания помощи морякам). Медсестры проводят осмотр пациента, консультирование и лечение под контролем врача. Аналогичный подход использован и в Англии, хотя здесь эти услуги обычно оказывают получающие зарплату врачи, которых нанимает Фонд первичной медицинской помощи (PCT).

Еще одна область, в которой имеются существенные различия между странами, – это профилактика болезней. В большинстве стран проводится скрининг на такие заболевания, как рак молочной железы и рак шейки матки, а также обсуждаются программы по профилактике и раннему выявлению многих других

заболеваний (например, рака кишечника). Однако во многих случаях это оппортунистический скрининг, и лишь немногие страны (например, Англия и Швеция) (8) внедрили интегрированные популяционные модели, куда входят вызов и повторный вызов на диспансеризацию, интегрированные диагностические системы и контроль качества. Руководители здравоохранения нередко сталкиваются с трудностями при попытке создать или расширить профилактические службы и добиться их активного использования. Считается, что страны с сильной системой контроля доступа к специализированной помощи более успешно интегрируют профилактическую помощь в общую практику. Во многих странах, где традиционно развиты «свободные профессии» (как правило, финансируемые за счет социального страхования), эти услуги предоставляются отдельно, нередко медицинскими службами при местных органах власти (9). Новая Зеландия увеличивает долю государственного финансирования первичной помощи, предоставляя такое финансирование из расчета на каждого человека новым организациям первичной охраны здоровья (РНО) в попытке усилить аспекты служб охраны здоровья в первичном звене.

### **Соображения по поводу проведения дальнейших научных исследований**

Между странами отмечаются большие различия в части оказания медицинской помощи вне стационара, и по многим вопросам еще имеются неполные научные данные об эффективности различных подходов. Исходя из настоящего анализа и лежащего в его основе обзора литературы, можно выделить ряд тем, требующих дальнейшего изучения. Они приведены ниже.

### **Интеграция специализированной помощи в общую практику**

Опыт Финляндии по созданию многопрофильных центров и сетей, в которых совместно работают врачи общей практики и врачи-специалисты, указывает на возможность сотрудничества различных медицинских специалистов (например, врачей, медсестер, фармацевтов, а также окулистов и физиотерапевтов) на базе единого центра по оказанию медицинских услуг. Опыт Финляндии показывает, как центры по охране здоровья могут сочетать широкий спектр видов общей и специализированной медицинской помощи, вступать в договорные отношения со стационарами и иметь собственную лабораторию. Другим примером служит Германия, где в настоящее время возвращаются к концепции поликлиник (*Medizinische Versorgungszentren*) – модели многопрофильного медицинского обслуживания, существовавшей в Германской Демократической Республике (см. рамку 3). Необходимо также выяснить, до какой степени на доступность медицинской помощи влияет размещение диагностических служб на базе разных видов учреждений.



### Вставка 3: «Поликлиники» в Германии

Поликлиники были частью системы здравоохранения Германской Демократической Республики. После объединения Германии в 1990 г. их почти полностью заменила модель автономной кабинетной медицинской практики, типичной для Федеративной Республики Германии (10). Однако, учитывая потенциал поликлиник в части усиления координации и интеграции медицинской помощи, эту модель поликлиник воссоздали в системе здравоохранения Германии в 2004 г. под новым названием «Medizinische Versorgungszentren» (центры медицинской помощи, MVZ).

MVZ имеют право оказывать специализированную медицинскую помощь по целому ряду направлений. Для создания такого центра требуется участие как минимум двух врачей разных специальностей. В число сотрудников центра обычно входит хотя бы один врач общей практики, а также могут входить медсестры, фармацевты, психотерапевты или психиатры и другие медицинские специалисты.

Хотя MVZ обязаны работать под профессиональным контролем компетентного официально зарегистрированного врача, создать центр и управлять им может любой медицинский работник. Фондам медицинского страхования («sickness funds») запрещается быть владельцами таких центров во избежание вертикальной интеграции. Управляют MVZ, как правило, профессиональные менеджеры, занимающиеся административными вопросами. Врачи могут работать в MVZ и получать зарплату или работать как самостоятельно практикующие специалисты на основе контракта.

Судя по имеющимся отрывочным данным, MVZ становятся все более привлекательными для врачей, поскольку, работая на базе MVZ, врач сводит к минимуму финансовые риски, связанные обычно с созданием автономной частной практики, сохраняя в то же время свободу в своей клинической деятельности (11).

### Регулирование прямого обращения к специалистам

В нескольких странах имеется возможность обращения к специалистам напрямую. Однако подходы по регулированию доступа к ним существенно различаются, особенно в части стимулов и препятствий, с которыми сталкиваются пациенты (т.е. оплата пользователя, сроки ожидания приема). Есть потребность в более четком понимании того, насколько при разных подходах обеспечивается справедливый доступ к медицинскому обслуживанию. Перспективным является изучение критериев, по которым

из системы контроля доступа к специализированной помощи исключаются услуги некоторых специалистов, таких как оториноларингологи и офтальмологи в Дании или педиатры, гинекологи и офтальмологи во Франции.

### **Обеспечение здоровья населения и удовлетворение запросов потребителей услуг**

Со временем возрастают ожидания пациентов в отношении наличия и качества медицинской помощи. Международный опыт показывает, что в разных странах разработаны различные подходы к обеспечению такого медицинского обслуживания, которое вполне отвечало бы обоснованным ожиданиям населения. В этом контексте необходимы дальнейшие научные исследования по изучению подходов, используемых для повышения доступности и гибкости обслуживания, в особенности для расширения спектра услуг на уровне первичного звена.

### **Наличие кадров – врачей общей практики, врачей-специалистов и других медицинских и парамедицинских работников**

Вопрос наличия кадров актуален для многих направлений деятельности, рассматриваемых в этой работе, например, доступность диагностических служб и наличие соответствующих специалистов в больницах и вне их, а также наличие других профессионалов, связанных с охраной здоровья, таких как физиотерапевты. Необходимо проанализировать, насколько влияет на здравоохранение существующая система подготовки, развития и удержания медицинских кадров в каждой стране.

### **Реагирование на запросы больных хроническими заболеваниями**

На международном уровне наблюдается серьезный интерес к тому, каким должен быть оптимальный ответ системы здравоохранения на проблему растущего бремени хронических (длительных) заболеваний. На фоне потенциального (или реального) проникновения в некоторые европейские страны американских структурированных программ ведения больных на уровне первичного звена необходимо лучше понять опыт таких стран, как Германия, разработавших собственные модели программ по ведению пациентов.





## **Приложение: порядок предоставления, финансирование и доступность общей и специализированной медицинской помощи в восьми странах**

---

*Помимо цитируемых источников, при подготовке Приложения была использована информация, полученная от следующих представителей различных стран: Джудит Хили (Judith Healy; Австралия), Алан Красник (Allan Krasnik; Дания), Юха Тепери (Juha Terepi; Финляндия), Изабель Дюран-Залески (Isabelle Durand-Zaleski; Франция), Николас Мейс (Nicholas Mays; Новая Зеландия), Ингвар Карлберг (Ingvar Karlberg; Швеция) и Ник Клазинга (Niek Klazinga; Нидерланды). Приводимая ниже информация отражает данные на апрель 2006 г.*



### Австралия<sup>12, 13</sup>

#### **Охват и механизм финансирования**

Система здравоохранения Австралии финансируется в основном за счет налогов. Medicare – государственная общенациональная система медицинского страхования, обеспечивает оказание бесплатной или частично субсидируемой медицинской помощи постоянным жителям страны. 43% населения (2004 г.) имеют частную страховку на оплату лечения в больницах частным образом и некоторых дополнительных предметов и услуг (амбулаторную помощь оплачивает Medicare). Государство стимулирует приобретение частной страховки путем создания налоговых льгот; оплата за счет пациента сейчас составляет 20% от всех расходов на здравоохранение.

### Дания<sup>14, 15</sup>

Финансирование здравоохранения в Дании осуществляется за счет общего налогообложения. Финансирование и предоставление услуг интегрированы на уровне страны. Государственной системой охвачены все жители в обязательном порядке. Существует небольшая частный сектор здравоохранения, и порядка 28% населения имеют какую-либо дополнительную добровольную медицинскую страховку. Оплата пациентами составляет 18% от всех расходов на здравоохранение.

#### **Оказание первичной/общей и специализированной медицинской помощи**

Более 42% врачей – частнопрактикующие врачи общей практики, причем около двух третей из них практикуют индивидуально (что составляет примерно треть от общего числа врачей общей практики). Около 8% врачей общей практики работают в частных медицинских сетях; некоторые по договору с компаниями проводят диспансеризацию сотрудников и т.д. Врачи-специалисты работают в государственных и (или) частных стационарах или в частных кабинетах.

Врачи общей практики в основном работают частным образом; врачи-специалисты работают либо в больницах, либо в частных медицинских учреждениях.

## Австралия<sup>12, 13</sup>

### **Плата за посещение врача общей практики**

Консультации врачей общей практики оплачивает Medicare, причем пациент оплачивает визит к врачу при его посещении, а затем запрашивает частичное возмещение расходов; оплата пациента не требуется в случаях, когда врач выставляет Medicare единый счет и принимает в качестве полной оплаты 100% (ранее 85%) ставки, предусмотренной в схеме льгот Medicare ( Medicare Benefits Schedule). Практика выставления единого счета постепенно сокращается, но пока охватывает более 70% всех консультаций. Врач общей практики имеет право взимать с пациента плату сверх ставки Medicare; пациент должен вначале заплатить врачу, а затем запросить возмещение расхода в соответствии со схемой Medicare.

## Дания<sup>14, 15</sup>

Услуги врача общей практики бесплатны для пациента, если он обращается к врачу общей практики для направления его в случае необходимости к специалисту (вариант "группа 1"). Если пациент предпочитает модель, допускающую более широкий выбор, то он должен частично оплачивать посещение врача общей практики, но зато может консультироваться с любым врачом общей практики, не вставая на учет (вариант "группа 2"). Для пациентов из группы 2 врач общей практики может устанавливать свой уровень оплаты услуг. В 2002 г. лишь 1,7% населения выбрали вариант группы 2 (по причине дополнительных финансовых затрат и удовлетворенности большинства населения работой врачей общей практики).

### **Плата за посещение врача-специалиста**

Консультации врачей-специалистов оплачивает Medicare. В схеме Medicare предусмотрены более высокие оплаты услуг врачей-специалистов по сравнению с консультациями врачей общей практики.

Консультации врачей-специалистов бесплатны для пациентов группы 1. Пациенты группы 2 должны производить оплату в случае, если обращаются к специалисту без направления; специалист может запросить у пациента группы 2 любую сумму за оказание помощи.



### Австралия<sup>12, 13</sup>

### Дания<sup>14, 15</sup>

#### Выбор врача общей практики

Свободный выбор врача общей практики; регистрация не требуется.

Пациенты группы 1 должны вставать на учет у врача общей практики, место работы которого находится на расстоянии не более 10 км от места проживания пациента (в Копенгагене – не более 5 км); пациент может менять врача общей практики каждые 3-6 месяцев. Пациенты группы 2 имеют право обратиться к любому врачу общей практики, но должны оплачивать его услуги.

#### Выбор специа- листа

Как правило, пациенты соглашаются обратиться к специалисту, рекомендованному врачом общей практики; пациент должен получить направление как условие возмещения Medicare расходов на специализированную помощь. Пациентов, имеющих частную медицинскую страховку, направляет в больницу врач общей практики либо врач-специалист; пациент может выбрать любую государственную или частную больницу, но частный страховой фонд может возместить стоимость лечения в большем объеме в определенных стационарах.

Пациенты группы 1 должны получить направление как условие бесплатного посещения врача-специалиста. Пациенты группы 2 имеют право обратиться к любому врачу-специалисту, но осуществляют оплату. По схеме частного страхования специалист получает базовую оплату, но может запросить дополнительную оплату, которую осуществляет сам пациент группы 2. Ни одной из групп пациентов не требуется направление к оториноларингологу и офтальмологу, и услуги этих специалистов возмещаются в соответствии с официальной схемой.

---

## Австралия<sup>12, 13</sup>

### **Механизм контроля доступа к специализиро- ванной помощи**

Врачам общей практики отведена роль контроли-  
рующего механизма в отношении доступа к специ-  
ализированной помощи, поскольку условием опла-  
ты услуг специалиста из средств Medicare является  
направление врача общей практики. Направление  
от врача общей практики или специалиста требует-  
ся и для стационарного лечения, кроме скорой по-  
мощи и травматологии. Возможно и обращение к  
специалистам напрямую, без направления, но тог-  
да услуги оплачивает сам пациент.

---

## Дания<sup>14, 15</sup>

Существует система контроля доступа к специа-  
лизированной помощи (группа 1). С 1973 г. паци-  
енты старше 16 лет имеют право отказаться от  
этой системы, если готовы платить за более широ-  
кий выбор (группа 2).

---



### Австралия<sup>12, 13</sup>

#### Сроки ожидания / очередь на прием у врача

В 2003/2004 гг. средний срок ожидания плановой хирургической операции в государственном стационаре составлял 28 дней и варьировался в зависимости от места проживания (от 22 дней в Квинсленде до 46 дней на территории федеральной столицы Австралии) и в зависимости от вида операции (например, 11 дней для кардиоторакальной хирургии, 46 дней для ортопедической и 60 дней для офтальмологической операции) (16). Национальной системой стандартизации сроков ожидания установлены максимальные сроки ожидания в зависимости от неотложности лечения (категория 1 – госпитализация в течение 30 дней; категория 2 – 90 дней; категория 3 – 12 месяцев). В 2003/2004 гг. 3,9% пациентов ждали более 365 дней. Пациенты с частой страховой могут получить лечение вне очереди, обратившись в частный стационар. В отделениях неотложной помощи существует пять категорий очередности пациентов: большие, не требующие срочной помощи, должны быть осмотрены в течение 120 минут с момента поступления (число срочных случаев растет, а несрочных – снижается; 65% всех пациентов осматривается в пределах рекомендованных сроков).

### Дания<sup>14, 15</sup>

Сроки ожидания считаются проблемой, но, по всей видимости, эта проблема относительно невелика. С июля 2002 г. установлено две гарантии: (1) пациенты в угрожающем жизни состоянии ждут диагностической помощи не дольше двух недель, плюс две недели ожидания для лечения, плюс две недели ожидания для последующего лечения и (2) общая гарантия срока ожидания не более двух месяцев для всех видов несрочного лечения. Провинции, не соблюдающие эти нормативы, обязаны оплачивать пациентам на своей территории лечение в частных клиниках или за рубежом.

## Австралия<sup>12, 13</sup>

### **Прием у врача общей практики**

В срочных случаях врач общей практики, как правило, осматривает пациента в тот же день, во всех остальных случаях – в течение нескольких дней по предварительной записи (кроме территорий с острым дефицитом врачей). В ходе опроса в 2004 г. 54% респондентов сообщили, что врач общей практики принял их в течение первых суток, 21% – на следующий день и 17% – в течение двух – пяти дней (17).

## Дания<sup>14, 15</sup>

В неотложных случаях врач принимает пациента в тот же день. В договоре между врачами общей практики и властями соответствующей провинции указано, что время ожидания приема не должно превышать пять рабочих дней. На практике время ожидания может быть и больше, но только по договоренности с пациентом.

### **Прием у врача- специалиста**

На национальном уровне отсутствуют сведения о сроках ожидания специализированной помощи (кроме стационарного лечения, как указано выше). Сроки ожидания значительно различаются в зависимости от специальности врача и от региона.

Как правило, врач-специалист принимает пациента в течение одной – двух недель. Пациентов с острыми состояниями принимают вне очереди. Предполагается, что врач общей практики информирует пациента о сроках ожидания стационарного лечения; сведения о сроках ожидания можно найти и на сайте Министерства здравоохранения.



### Австралия<sup>12, 13</sup>

#### Степень интеграции служб

Существуют различные программы содействия координации медицинской помощи на федеральном уровне и на уровне штата. Австралийский план сотрудничества в области первичной медицинской помощи 2004 г. поставил задачу вовлечения 20% служб общей врачебной практики на географической территории в деятельность по совершенствованию оказания медицинской помощи, повышению доступности и уровня интеграции служб по лечению пациентов со сложными и хроническими заболеваниями. Существуют различные программы по созданию финансовых стимулов для врачей общей практики с целью повышения качества оказания помощи и координации лечения больных хроническими заболеваниями; к ним относятся Программа стимулирования медицинской практики, в которой участвуют большинство врачей общей практики, Программа расширения первичной помощи (Enhanced Primary Care) и Программа поощрительных выплат за медицинское обслуживание (Service Incentives Payments).

### Дания<sup>14, 15</sup>

В качестве "контролера" доступа к специализированной помощи для пациентов группы 1 врач общей практики должен консультировать пациента по вопросам обращения за специализированной медицинской помощью и обеспечить необходимое наблюдение после выписки из стационара. Однако считается проблемой недостаточная интеграция лечения хронических больных. В некоторых муниципалитетах в экспериментальном порядке открыты центры медицинской реабилитации пациентов с хроническими заболеваниями с целью обеспечения наблюдения и ухода за ними после госпитализации.



## Австралия<sup>12, 13</sup>

**Услуги, оказываемые медработниками, помимо врачей общей практики (например, медсестрами, фармацевтами)**

Роль медсестры расширяется и включает, например, назначение ограниченного перечня лекарств или медицинских обследований, проведение иммунизации, контроль в области репродуктивного здоровья и консультирование по вопросам охраны здоровья. При этом программа государственного страхования Medicare не оплачивает консультации медсестер.

## Дания<sup>14, 15</sup>

С медсестрами, физиотерапевтами, диетологами и другими медработниками все чаще заключают контракты муниципалитеты для оказания целого ряда услуг первичного звена – в последнее время это делается в рамках недавно созданных центров по охране здоровья, занимающихся профилактикой, реабилитацией и уходом на дому на муниципальном уровне.



### Австралия<sup>12, 13</sup>

#### Компенсации и льготы, предусмотренные для пациентов

Компенсации и льготы приведены в перечне, который называется "Схема льгот программы государственного медицинского страхования" (Medicare Benefits Schedule). В него входят все виды услуг и медицинских технологий, за которые пациенту возмещаются расходы, например, оплата консультаций врачей общей практики и специалистов, рентгенологические и лабораторные обследования, проverka зрения окулистом. Перечень этот довольно широк, но в него не входят услуги, не являющиеся клинически необходимыми, такие как косметическая хирургия, стоматология и большинство дополнительных и альтернативных методов лечения. Пациенты имеют право на бесплатное стационарное лечение как "государственные" пациенты в государственных больницах, а также на субсидии по оплате лекарств, включенных в "Схему льгот по оплате лекарственных средств" (Pharmaceuticals Benefits Schedule).

### Дания<sup>14, 15</sup>

Амбулаторное лечение регулируется Актом 1998 г. о государственном медицинском страховании. Государственная система не оплачивает услуги дополнительной и альтернативной медицины, а также очки (кроме очков для пациентов с очень слабым зрением). Расходы на услуги физиотерапии, стоматологии, а также лекарства, выпущенные на уровне первичного звена, компенсируются лишь частично. Пациенты имеют право на бесплатную помощь врача общей практики (кроме пациентов группы 2, см. выше) и на все виды специализированного и стационарного лечения по направлению врача. Другие виды обслуживания оплачиваются частично или полностью, как это предусмотрено отдельными правилами; в некоторых случаях условием возмещения затрат является направление от врача общей практики или лица определенного заболевания.

## Австралия<sup>12, 13</sup>

### **Свобода врача в принятии решений и медицинской практике**

В Схеме льгот программы государственного медицинского страхования (Medicare Benefits Schedule) приводится четкое описание видов диагностики и лечения, расходы на которые возмещаются. Цельный ряд организаций, в том числе департаменты здравоохранения и коллегии специалистов, публикуют и распространяют руководство по лечению, но они не являются обязательными.

## Дания<sup>14, 15</sup>

Врач общей практики контролирует доступ к специализированной помощи и стационарному лечению, а также участвует в направлении пациента на некоторые специфические виды лечения; в этом случае сам врач решает, насколько данная процедура удовлетворяет критериям для возмещения расходов (например, косметическая хирургия по психологическим показаниям). В целом врач общей практики имеет достаточно большую свободу в принятии решений относительно получения пациентом компенсации за услуги.

### **Диагностические услуги**

Диагностические услуги, как правило, оказываются частными лабораториями и субсидируются Medicare. Диагностическое обследование пациента проводится по просьбе врача, а размеры возмещения расходов указаны в Схеме льгот программы государственного медицинского страхования.

Диагностические услуги, как правило, оказывают государственные стационары по направлению врача общей практики (без оплаты). Некоторые диагностические обследования, например электрокардиография, доступны на уровне первичного звена как часть услуг врача общей практики. Частные клиники проводят обследования и без направления врача, но это не является распространенной практикой (18).



### Австралия<sup>12, 13</sup>

### Дания<sup>14, 15</sup>

#### **Оказание помощи в нерабочие часы/консультирование онлайн или по телефону/ посещения на Дому**

При опросе в 2004 г. 54% респондентов сообщили, что испытывали трудности с получением помощи в нерабочие часы (кроме отделений неотложной помощи больниц) (17). Предполагается, что в нерабочие часы пациентов должны обслуживать частные врачи, но объем таких услуг сокращается. Программа стимулирования медицинской практики (Practice Incentives Program) предусматривает организацию врачом общей практики какой-либо системы оказания помощи больным в нерабочие часы. Федеральный департамент здравоохранения Австралии и департаменты здравоохранения штатов распространяют через интернет информацию по медицинским вопросам и о услугах содействия самопомощи пациентов. Департаменты здравоохранения некоторых штатов в экспериментальном порядке организуют распространение информации и рекомендаций силами медсестер по электронной почте и по телефону.

Услуги врачей общей практики доступны круглосуточно, и врачи сами отвечают за обеспечение такого обслуживания. Помощь больным в нерабочие часы организуют совместно все врачи общей практики одного района, в некоторых случаях в сотрудничестве со службой скорой помощи местной больницы. Порядок получения неотложной помощи различен, в некоторых регионах требуется направление врача общей практики. В случае необходимости врач общей практики посещает пациентов на дому.

## Австралия<sup>12, 13</sup>

### **Дополнительная и альтернативная медицина (ДАМ)**

Мануальная терапия (хиропрактика) и остеопатия оплачиваются Medicare, если пациента направил на такое лечение врач. Почти все частные фонды медицинского страхования в той или иной степени возмещают расходы на услуги традиционной китайской медицины и натуропатии. Все остальные виды ДАМ оплачиваются за счет пациента.

### **Профилактика и скрининг взрослых**

В Австралии проводятся две национальные программы по скринингу на рак: в рамках Австралийской программы скрининга на рак молочной железы (BreastScreen Australia) проводится маммография женщин в возрасте 50–69 лет (один раз в два года); обследование могли пройти также женщины 40–49 и старше 70 лет; скрининг на рак шейки матки доступен всем женщинам сексуально активного возраста (в основном от 20 до 69 лет) и организован в рамках Национальной программы скрининга рака шейки матки (National Cervical Screening Programme). В настоящее время в экспериментальном порядке проводится скрининг на рак толстой кишки (19).

## Дания<sup>14, 15</sup>

Медицинская страховка обычно не распространяется на услуги ДАМ. Хиропрактика может частично оплачиваться (при некоторых заболеваниях). Пациентам не требуется направление врача.

Профилактика неинфекционных болезней проводится в соответствии с руководствами и планами действий (например, правительственной программой здравоохранения и руководством Национального совета по здравоохранению). Проводится скрининг на рак шейки матки (цитологическое исследование у женщин 23–59 лет во всех провинциях) и рак молочной железы (возраст 50–69 лет; в настоящее время проводится в трех провинциях; необходима законодательная основа для организации такой службы во всех провинциях к 2008 г.) (20,21). Рекомендована, но еще не начата пилотная программа скрининга на колоректальный рак (8).



### Австралия<sup>12, 13</sup>

**Контрацепция, сексуальное и репродуктивное здоровье (СРЗ)**  
 Услуги СРЗ оказывают врачи и медсестры общей практики, в сложных случаях врач-специалисты и местные центры по охране здоровья, а также неправительственные структуры, такие как организации по планированию семьи. Организации по планированию семьи и местные центры по охране здоровья оказывают специализированные услуги некоторым целевым группам, таким как молодежь или мигранты.

### Дания<sup>14, 15</sup>

Рекомендации по контрацепции и планированию семьи можно получить бесплатно у врача общей практики. Контрацепция не входит в набор субсидируемых услуг, а противозачаточные таблетки отпускаются только по рецепту (их стоимость не возмещается).

**Медицинская документация (например, регистрационная карта пациента, национальные базы данных)**

Каждый житель страны имеет персональную карту, подтверждающую право пациента на компенсации и льготы, а также содержащую персональный идентификационный код (СРР), дающий возможность отслеживать, какими услугами пользовался пациент. Национальная комиссия по здравоохранению и национальный фонд медицинского страхования ведут реестры диагнозов, вмешательств, обращений за помощью, койко-дней и т.д. Данные по отдельным больным доступны только для конкретных клинических и научных целей по специальному разрешению. В настоящее время разрабатываются национальные требования для электронной регистрации; пока не существует единой системы регистрационной документации в стране.

## Австралия<sup>12, 13</sup>

### **Удовлетворенность потребителя/ пациента**

Имеются сведения о растущей неудовлетворенности потребителей относительно необходимости оплаты стационарного лечения из своих средств и сроков ожидания госпитализации. В ходе опроса в 2004 г. 71% респондентов оценили услуги врача общей практики на "отлично"; тем не менее 29% сообщили, что в течение последнего года испытывали трудности с доступностью медицинской помощи из-за связанных с этим расходов (17).

### **Недавние реформы/ изменения/ дальнейшие планы**

- За последнее десятилетие в системе общей врачебной практики Австралии произошли большие изменения [22]. В 1990-х годах были созданы отделы общей врачебной практики, объединяющие порядка 100-300 врачей общей практики определенной географической территории; эти структуры получают финансирование на повышение квалификации, укрепление сотрудничества и улучшение состояния здоровья населения; большинство врачей общей практики являются членами таких объединений.

## Дания<sup>14, 15</sup>

Удовлетворенность населения качеством медицинской помощи в целом высокая (4,2 по пятибалльной шкале в 2000 г., где 5 означает "очень удовлетворен"); несколько ниже уровень удовлетворенности услугами неотложной помощи (5).

- Идут масштабные структурные реформы, в результате которых провинции будут заменены пятью крупными регионами; регионы будут отвечать за работу больниц и врачей общей практики; число муниципалитетов сократится с 275 до 100, и они будут отвечать за профилактику и реабилитацию. Реформу предполагается завершить к 2007 г.
- Недавно были увеличены государственные расходы на охрану здоровья, чтобы обеспечить соблюдение гарантированного двухмесячного срока ожидания лечения.



---

**Австралия**<sup>12, 13</sup>**Дания**<sup>14, 15</sup>

---

- В 1997 г. была внедрена система аккредитации общей врачебной практики. Хотя аккредитация является добровольной, ее уже получили около 90% врачей общей практики.
  - Существует ряд программ материального стимулирования врачей общей практики, направленных на повышение качества предоставляемых услуг; к таким программам относится Программа стимулирования медицинской практики (Practice Incentives Program).
  - Австралийская коллегия врачей общей практики и Австралийская коллегия сельской и отдаленных районов медицины требуют в настоящее время непрерывного профессионального усовершенствования.
-



**Охват и механизм финансирования**

В Англии медицинское обслуживание финансируется главным образом за счет общего национального налогообложения с дополнительным элементом национальных страховых взносов, уплачиваемых работодателями и наемными работниками. Государственный и частный сектор медицинского обслуживания в основном существуют отдельно от другого; государственные медицинские услуги всем жителям страны оказывает в первую очередь Национальная служба здравоохранения (NHS). Медицинская помощь в системе NHS бесплатна для пациента, однако оплачиваются прописанные лекарства, офтальмологические и стоматологические услуги. До 12% населения Соединенного Королевства имеют дополнительное добровольное медицинское страхование (VHI). В 2002 г. частные расходы составили 16,6% от всех расходов на охрану здоровья населения.

В Финляндии государственное здравоохранение финансируется за счет налогов (43% местных, 18% национальных), национального медицинского страхования (15%) и частных платежей (24%). Организация первичной медицинской помощи осуществляется муниципалитетами; услугами охвачены все жители. В 2003 г. платежи пациентов составили 19% от общих расходов на охрану здоровья (доля оплаты медицинской помощи за счет пациента стабильно растет с 1990 г.). Роль добровольного медицинского страхования (VHI) незначительна (в 2003 г. на его долю приходилось 1,5% всех расходов на охрану здоровья).



### Англия 23, 24

### Финляндия 25, 26

#### **Оказание первичной/общей и специализированной медицинской помощи**

Большинство врачей общей практики работают на основе самозанятости; с ними заключает контракт Фонд первичной медицинской помощи (PCT – местный орган NHS, ответственные медицинские службы, включая первичную медико-санитарную помощь). Некоторые врачи непосредственно получают зарплату от PCT. Врачи общей практики в основном работают группами ("групповая общеврачебная практика"), а большинство врачей-специалистов работают на базе больниц. Все чаще некоторые врачи-специалисты оказывают услуги населению вне стационаров (например, врачи-специалисты стационара принимают пациентов в условиях первичного звена). Врачи общей практики могут консультировать больных в частном порядке, но им не разрешается лечить в частном порядке пациентов NHS, зарегистрированных у своего врача. В отличие от них, врачи-специалисты могут частным образом лечить пациентов из системы NHS.

Первичную медицинскую помощь оказывают в основном центры по охране здоровья при муниципалитетах. Кроме того, большинство работодателей предоставляет своим работникам услуги первичной медицинской помощи в рамках службы профзаболеваний (при совместном финансировании NHI, работодателями и работниками; предоставляется на базе принадлежащего компании медицинского пункта, муниципальными центрами по охране здоровья или в большинстве случаев силами частных врачей/клиник). Врачи-специалисты, как правило, работают в государственных стационарах или в частных учреждениях. Иногда специалистов по контракту нанимает центр по охране здоровья (чаще в больших городах и по отдельным специальностям, например гинеколог). Многие специалисты частично работают в государственном, и в частном секторе; частный сектор сосредоточен в городах (21).

**Плата за посещение врача первичного звена**

Обращение к врачу общей практики в системе NHS бесплатно для пациента. В частном секторе пациенты платят за оказываемые услуги либо из собственных средств, либо через VHI, хотя очень немногие полисы частного медицинского страхования оплачивают услуги врачей общей практики.

В большинстве муниципалитетов пациент платит за консультацию у врача центра по охране здоровья. Есть два варианта оплаты: 22 евро в год за любое количество посещений либо 11 евро за одно посещение. Планируются изменения порядка оплаты. При обращении к частнопрактикующему врачу пациенты платят полную сумму, а затем получают возмещение в размере 60% от стандартного уровня оплаты NHI (фактически возмещается менее 40% реальных расходов, поскольку частнопрактикующие врачи имеют право требовать оплату выше стандартной).

**Англия** <sup>23, 24</sup>**Финляндия** <sup>25, 26</sup>**Плата за посещение врача-специалиста**

В системе NHS консультация врача-специалиста бесплатна. В частном секторе пациенты платят из собственных средств.

Пациенты платят за услуги врача-специалиста в государственной больнице (22 евро за посещение поликлиники; 72 евро за амбулаторную хирургическую процедуру; за день пребывания в стационаре – 26 евро в медицинской палате и 12 евро в психиатрической палате); расходы на частные услуги частично возмещает NHI. После принятия законодательства 2004 г. государственные больницы имеют право повышать плату за услуги, оказываемые после 16.00 в течение недели, а также выходные; этот порядок заменяет собой ранее существовавшую систему, когда пациент должен был доплачивать за возможность выбора врача.

**Доступ  
к врачам/  
выбор врача**

Врач общей практики является механизмом контроля доступа пациента к врачу-специалисту или на стационарное лечение как в государственном, так и в частном секторе, за исключением только неотложной помощи. Принимаются меры к постепенному расширению возможности пациента выбирать врача общей практики и специалиста.

В государственном секторе первичная помощь предоставляется центрами по охране здоровья, спектр деятельности которых довольно широк. Центры принадлежат одному или нескольким муниципалитетам; в штат центров входят врачи общей практики, иногда медицинские специалисты, медсестры, медсестры-администраторы, стоматологи, социальные работники, физиотерапевты, психологи и административный персонал. Наряду с амбулаторным отделением обычно имеются стационар (30-60 коек, главным образом для длительного ухода за пожилыми пациентами), отделение по охране здоровья школьников, профессиональным болезням, уходу за пожилыми лицами, отделение по планированию семьи и др. Центр может вступать в договорные отношения с больницей для оптимизации оказания услуг (6)



### Англия<sup>23, 24</sup>

#### **Выбор врача общей практики**

Пациент может по своему выбору встать на учет у любого врача общей практики в пределах определенной географической территории по месту жительства. Врачи общей практики имеют право отказывать в постановке на учет, если например, список пациентов у них официально закрыт. При этом пациент, которому неоднократно отказали в постановке на учет, будет приписан к врачу решением Фонда первичной помощи (PST), отвечающего за данную территорию. Частные врачи общей практики немногочисленны.

### Финляндия<sup>25, 26</sup>

В государственном секторе пациента обычно ставят на учет у врача общей практики в местном центре по охране здоровья. Можно поменять назначенного врача на другого в том же центре, если другой врач есть. В частном секторе пациент может выбрать любого врача общей практики. В настоящее время обсуждается возможность выбора врача за пределами своего муниципалитета.

#### **Выбор специалиста**

Для консультации со специалистом пациенту необходимо направление от врача общей практики. Недавно введено ограничение на выбор для планового лечения в системе NHS, однако это ограничение касается только выбора стационара, но не конкретного врача-специалиста. Пациенты в частном секторе могут обращаться к специалисту без направления, если платят из собственных средств; однако обычно пациенты вначале обращаются к врачу общей практики. УНІ, как правило, оплачивает консультацию специалиста только при наличии направления.

Пациенту требуется направление врача центра по охране здоровья или любого другого врача (в том числе частнопрактикующего) для лечения в амбулаторном отделении государственной больницы. 30-40% пациентов попадают в стационар через отделение скорой помощи. Выбор стационара для лечения ограничен (обсуждается вопрос о возможности расширения выбора). Пациент может напрямую обратиться к любому специалисту в частном секторе, обычно по предварительной записи.

**Механизм  
контроля  
доступа  
к специализи-  
рованной  
помощи**

В NHS действует строгая система контроля доступа; в частном секторе основные страховые компании требуют наличия направления от врача общей практики (и лишь немногие оплачивают услуги первичного звена), но если пациент платит сам, он может в некоторых случаях обратиться к врачу без направления.

Пациенты должны получить направление для посещения врача-специалиста в государственной системе; при этом лишь немногие пациенты стационаров попадают туда по направлению врача общей практики центра по охране здоровья. Многие пациенты попадают в стационар через его отделение скорой помощи либо по направлению частнопрактикующего врача.



### Англия<sup>23, 24</sup>

#### **Сроки ожидания/ очередь на обслуживание**

Сокращение очередей и сроков ожидания запланированного лечения – одна из приоритетных задач государственного здравоохранения с 1997 г.; введенные с тех пор различные целевые нормативы привели к сокращению длительных сроков ожидания. В 2004 г. правительством был введен новый норматив, согласно которому к 2008 г. ни один пациент NHS не должен ждать госпитализации дольше 18 недель с момента направления врачом общей практики на стационарное лечение (27).

### Финляндия<sup>25, 26</sup>

Сроки ожидания лечения уже давно являются одним из актуальных вопросов политики. В 2005 г. правительством введены стандарты, основанные на "принципе 3-3-3": максимум 3 дня ожидания начального лечения (врач общей практики); максимум 3 недели ожидания с момента направления на обследование в условиях поликлиники стационара или в палате больницы; максимум 3 месяца (в некоторых случаях 6) ожидания собственного лечения. Предоставляющие услуги, которые не выполняют эти нормативы, обязаны оплатить расходы на лечение пациента у другого поставщика услуг (государственного или частного), причем пациент ничего дополнительно не платит. Первый опыт показывает, что такая модель может оказаться успешной, но в конце 2005 г. также выяснилась необходимость дальнейшего совершенствования, с тем чтобы соблюдать эти нормы.



**Прием у  
врача общей  
практики**

По плану NHS от 2000 г. установлен норматив для сроков ожидания: к 2004 г. любой пациент должен иметь возможность попасть к медработнику первичного звена в течение 24 ч, а к врачу общей практики – в течение 48 ч с момента обращения с просьбой о приеме (28). По данным опроса 2005 г., 74% пациентов сообщили, что смогли попасть к врачу в течение 2 дней; вероятность задержек возникла в случае, если пациент хотел попасть к определенному врачу. Сообщалось о трудностях с записью к врачу по телефону (29).

**Прием у  
врача-специалиста**

В декабре 2005 г. максимальный срок ожидания амбулаторного приема у специалиста, работающего в больнице, составлял 13 недель (в апреле 2002 г. 26 недель). Максимальный срок ожидания запланированного лечения составлял 6 месяцев (в апреле 2002 г. 15 месяцев) (30).

Нет достоверной информации о сроках ожидания приема у врача общей практики. Правительством установлен предельный срок ожидания приема у врача общей практики 3 дня.

Нет достоверной информации о сроках ожидания приема у врача-специалиста. В частном секторе обычно можно договориться о приеме врачом-специалистом в течение нескольких дней, хотя приема у некоторых специалистов приходится ждать довольно долго. Частные службы распространены по регионам неравномерно: в восточной и северной частях страны их всего несколько.



### Англия<sup>23, 24</sup>

### Финляндия<sup>25, 26</sup>

#### Степень интеграции услуг

Одним из главных приоритетов недавней реформы NHS стала интеграция медицинских услуг в целях улучшения ведения больных хроническими заболеваниями. В плане совершенствования работы NHS от 2004 г. представлен системный подход к решению этой проблемы, который учитывает необходимые пациентам с хроническими заболеваниями уровни поддержки и включает в себя самоконтроль пациента, ведение заболевания и ведение пациента. Некоторые модели, главным образом основанные на опыте США (Kaiser Permanente, United Healthcare's Evercare), в настоящее время проходят испытания. Ожидается, что все РСТ внедряют в практику определенную форму ведения больных к 2008 г.

Обеспечение преемственности медицинской помощи пациентам между центром по охране здоровья и больницей часто является проблемой, и в настоящее время обсуждается вопрос о том, что врачи общей практики в центрах (в качестве "ответственных врачей") должны быть в большей степени осведомлены о "маршруте" пациента в системе здравоохранения. Уровень интеграции внутри центров по охране здоровья можно считать достаточно хорошим, в силу того что центры оказывают широкий спектр услуг (хирургические вмешательства врача общей практики, помощь матери и ребенку, планирование семьи, лабораторные исследования и визуализация, охрана здоровья школьников, профессиональные болезни, стоматология, психическое здоровье и т.д.).

**Услуги, оказываемые медработниками, помимо врачей общей практики (например, медсестрами, фармацевтами)**

Многие врачи общей практики нанимают практикующих медсестер (медсестры, получившие специальное обучение и имеющие право на самостоятельную практику; их деятельность регулируется особым протоколом) для оказания помощи пациентам с незначительными медицинскими проблемами. С 1998 г. медсестрам разрешено выписывать лекарства из ограниченного перечня; этот перечень был расширен в 2006 г. и сейчас включает все зарегистрированные препараты для лечения всех заболеваний, кроме препаратов для лечения всех заболеваний, кроме препаратов, оборот которых контролируется. Недавно были созданы центры медицинской помощи без предварительной записи, которыми руководят в основном медсестры. Постепенно внедряется система так называемых главных медицинских сестер, которые помогают больным со сложными хроническими заболеваниями (к 2008 г. планируется довести число таких медсестер до 3000). Переоценивается роль местных фармацевтов; планируется ввести дополнительную квалификацию фармацевтов, дающую право выписывать лекарства.

Помимо помощи врачам, медсестры играют важнейшую самостоятельную роль в оказании помощи пациентам: некоторые в определенные часы принимают пациентов для проведения инъекций, проводят поликлиническую работу с больными простыми респираторными инфекциями, измеряют артериальное давление, отвечают за программы санитарного просвещения, консультируют по вопросам планирования семьи, обеспечивают охрану здоровья школьников и т.д. При этом медсестры не играют контролируемую роль в отношении доступа к специализированной помощи. Помощь матери и ребенку, как правило, оказывают специально обученные медсестры. Обсуждаются новые инициативы (например, ограниченные права выписывать лекарства).



### Англия<sup>23, 24</sup>

### Финляндия<sup>25, 26</sup>

#### **Компенсации и льготы, предусмотренные для пациентов**

Не существует конкретного определения компенсации и льгот, предусмотренных системой NHS. Национальным институтом клинического мастерства (National Institute for Clinical Excellence, NICE) разрабатываются рекомендации, на основе принципа эффективности по затратам, о том, какие услуги следует (или не следует) оказывать в системе NHS населению в целом или отдельным группам населения со специфическими признаками. Трудности возникли при необходимости принять решение относительно видов медицинского вмешательства, по которым NICE еще не пришел к окончательным выводам, например, это касается дорогостоящих методов лечения рака. Другая проблема состоит в том, что власти Англии и Шотландии принимают разные решения.

В Конституции Финляндии сказано, что каждый житель Финляндии имеет право на получение достаточной медицинской и социальной помощи. Более конкретные определения можно найти в других законодательных документах, в том числе в Акте о статусе и правах пациентов.

**Свобода  
врача в принятии  
решений и  
медицинской  
практике**

Врачей просят следовать рекомендованным методам лечения, например, содержащимся в Национальных схемах предоставления услуг (National Service Frameworks, NSFs), но соблюдение рекомендаций является добровольным. Принятая в 2004 г. Схема качества и результатов (Quality and Outcomes Framework, QoF), которая прилагается к новым контрактам с врачами общей практики, предусматривает финансовые стимулы для врачей общей практики, обеспечивающих высокое качество медицинской помощи (31). Участие в этой системе добровольное, но практически все врачи присоединились к ней. В настоящее время эта система пересматривается.

Медицинское сообщество играет активную роль в подготовке большого числа национальных руководств. При этом несоблюдение их врачами не влечет за собой формальных санкций.



### Англия<sup>23, 24</sup>

### Финляндия<sup>25, 26</sup>

#### Диагностические услуги

В настоящее время большинство диагностических обследований доступны только в больницах, но при этом государство уделяет все большее внимание переносу диагностических услуг на местный уровень (например, на базу работающих по контракту центров диагностики и лечения). Врачи общей практики проводят простые диагностические обследования (например, анализы мочи), но все чаще используют услуги по контракту частного сектора (например, патология).

Центры по охране здоровья, как правило, располагают рентгенологическим оборудованием, клинической лабораторией, условиями для мелких хирургических операций, оборудованием для эндоскопии, а также электрокардиографии и ультразвуковых обследований. Некоторые центры по договору привлекают для оказания услуг врачей-специалистов из ближайших больниц (например, рентгенологов для интерпретации рентгенограмм). За эти услуги не требуется дополнительная оплата. Аптеки не включены. Лечение и обследование (т.е. лабораторные анализы, рентгенография), проводимые по направлению врача, компенсируются в размере 75%.

**Оказание помощи в нерабочие часы/консультации онлайн или по телефону/посещения на дому**

Медицинскую помощь в нерабочие часы оказывают отделения скорой помощи больницы, кооперативы врачей общей практики, врачи, работающие непосредственно в РСТ (отвечающие за организацию общеврачебной помощи в нерабочие часы с 2004 г.), Центры приема без записи NHS и отделения малой травматологии, открытые по вечерам и в выходные, телефонная горячая линия и сайт NHS Direct. Эти услуги оказываются медсестрами (32). Врач общей практики может посетить пациента на дому, но только если тот очень серьезно болен и не может сам явиться к врачу.

Помощь в нерабочие часы оказывают центры по охране здоровья, нередко совместными усилиями нескольких центров. В некоторых районах на базе больниц действуют службы приема без записи, открытые поздно вечером и рано утром. Отделения скорой помощи больниц принимают пациентов только в неотложных случаях. Врачи общей практики редко посещают пациентов на дому, чаще это делают медсестры.

**Дополнительная и альтернативная медицина (ДАМ)**

Не существует официального перечня услуг ДАМ, которые оплачивала бы система NHS, и закон не обязывает NHS оплачивать такие услуги, хотя многие РСТ используют отдельные услуги ДАМ. Услуги ДАМ нередко предоставляются пациенту в рамках первичной помощи на базе общей практики: чаще всего это гомеопатия и акупунктура, за ними идут остеопатия, ароматерапия и хиропрактика (33). В одних случаях эти услуги бесплатны для пациента, в других предоставляются на платной основе.

Акупунктура и другие альтернативные методы лечения оплачивает система Национального медицинского страхования, если эти услуги предоставляет врач. Услуги зарегистрированного хиропрактика, остеопата и нарратата (вид мануального терапевта) оплачиваются страховой, если пациента направил врач (34).



### Англия<sup>23, 24</sup>

### Финляндия<sup>25, 26</sup>

#### Профилактика и скрининг взрослых

Действуют популяционные программы скрининга для женщин 50 лет и старше по поводу рака молочной железы и для женщин 25–64 лет по поводу рака шейки матки (с интервалом 3–5 лет). Лицам в возрасте до 24 лет предлагают оппортунистический скрининг на хламидиоз. В апреле 2006 г. планируется начать программу скрининга рака кишечника для лиц 60–69 лет (раз в два года) (35). В 2005 г. была предложена, но пока не реализована, Программа оценки факторов риска сосудистых заболеваний и борьбы с ними (Vascular Disease Risk Factor Assessment and Management), направленная на заблуждение диабетом и проблемы с коронарными артериями (36).

Муниципалитеты обязаны проводить скрининг на рак молочной железы (возраст 50–59 лет) и рак шейки матки (возраст 30–60 лет). На национальном уровне нет единых требований для проведения других скрининговых программ. Во многих муниципалитетах проводятся дополнительные программы (например, различные программы скрининга плода и скрининга на рак толстой кишки). В некоторых муниципалитетах скрининг на рак молочной железы проводится у более широкой возрастной группы. В 2004 г. Министерством по социальным вопросам и здравоохранению была создана рабочая группа по скрининговым обследованиям с целью формирования единой практики и стандартов.



**Контрацепция, сексуальное и репродуктивное здоровье (СРЗ)**

Услуги в области охраны сексуального здоровья оказывают в системе NHS врачи общей практики, клиники по планированию семьи и клиники для молодежи по лечению заболеваний мочеполовой системы (часто с возможностью обратиться без предварительной записи). Качество и наличие служб сексуального здоровья в разных районах различаются (37). В лицензированных аптеках можно приобрести средства экстренной контрацепции.

Услуги в области охраны сексуального здоровья оказывают главным образом центры по охране здоровья (службы охраны здоровья матери и ребенка, планирования семьи, охраны здоровья школьников). Студенты вузов могут обратиться в Финскую службу охраны здоровья студентов, фонд, получающий финансирование из средств социального страхования, а также профсоюз студентов и студенческие союзы, университеты городов и национальное правительство.

**Медицинская документация (например, регистрационная карта пациента, национальные базы данных)**

В настоящее время медицинскую документацию ведут врачи общей практики, у которых пациенты стоят на учете, а также больницы. Вводится общенациональная электронная база данных с целью улучшить обмен информацией между различными поставщиками медицинских услуг. В случае успешного внедрения такая база данных облегчит пациентам доступ к их собственной медицинской документации. Однако были сообщения о трудностях с реализацией проекта (38).

На данный момент вести документацию пациентов обязаны местные и региональные поставщики услуг, но в 2007 г. для этого будет создана единая общенациональная электронная система. Пока неясно, какой будет новая система, но, по всей вероятности, она будет опираться на региональные информационные системы, соответствующие общенациональным стандартам и протоколам, благодаря чему информацию можно будет передавать из одного региона в другой. Необходимость в стандартной системе возникла в результате децентрализации. Планируется создание национальной базы данных, которая будет функционировать как архив.



**Англия** <sup>23, 24</sup>

**Удовлетворенность потребителя/пациента**

Сообщается о высокой общей удовлетворенности пациентов системой NHS, хотя высказывается озабоченность сроками ожидания, возможностью выбора врача и реагированием системы на потребности пациентов. Судя по всему, опыт взаимодействия пациентов с системой NHS становится все более позитивным, особенно в тех областях, где предприняты согласованные действия по улучшению ситуации (например, помощь при онкологических и сердечно-сосудистых заболеваниях, а также сроки ожидания) (39).

**Финляндия** <sup>25, 26</sup>

В 2002 г. опрос Eurobarometer показал, что удовлетворенность финской системой здравоохранения – самая высокая в Европе (40). При этом население выражает озабоченность по поводу доступности первичной медико-санитарной помощи в некоторых городских районах, а также очереди на хирургические операции. Высокая доля оплаты за счет пациента воспринимается как проблема главным образом в отношении лекарств и стоматологической помощи. Выбор врача в государственной системе ограничен, но у населения это, судя по всему, не вызывает озабоченности.

**Недавние реформы/изменения/дальнейшие планы**

• После публикации в январе 2006 г. "Белой книги" принимается ряд мер по перенесению некоторых видов медицинской помощи, особенно в части ранней диагностики и ведения хронических больных, из больниц на местный уровень (41).

• Предложено законодательство, направленное на повышение финансовой устойчивости в преддверии разделения NHI на два фонда: (1) медицинское страхование для оплаты расходов на медицинскую помощь и (2) страхование доходов для оплаты больничных листов, пособий по беременности и родам и т.д. для обеспечения финансовой устойчивости.

- В последнее время также принимаются меры по усилению роли врачей общей практики в оказании медицинских услуг (practice based commissioning), переносу акцента в распределении ресурсов в сторону профилактики и расширению роли частного/независимого сектора (41).
- С 2004 г. в системе стационарной помощи была введена практика оплаты услуг по результатам (payment by results).
- В 2005 г. был пересмотрен порядок регулирования дополнительной и альтернативной профессиональной медицинской помощи.
- В апреле 2006 г. введена новая система оплаты стоматологических услуг (42).
- С весны 2006 г. медсестрам, имеющим квалификацию "медсестры, выписывающей препараты расширенного перечня" (Extended Formulary Nurse Prescribers), позволено выписывать любой из разрешенных медицинских препаратов, применяемых при лечении любых заболеваний, за исключением препаратов, оборот которых контролируется (43).

- Законом от 2004 г. введена система ваучеров на медицинскую и социальную помощь, рассчитанная главным образом на лиц преклонного возраста и призванная привлечь мелкие фирмы на рынок услуг по уходу на дому (42).
- В 2001 – 2004 гг. постепенно реформировалась система стоматологической помощи. Значительно сглажено различие между государственными и частными службами в отношении распределения расходов.
- Усилен надзор за деятельностью медицинских работников и учреждений со стороны Агентства по медико-правовым вопросам (2005-2007).
- В экспериментальном порядке внедряются новые формы оказания услуг и различные модели приобретения: некоторые муниципалитеты приобретают часть медицинских услуг (или все услуги первичного звена) у частного сектора (включая некоммерческие и коммерческие организации).



---

Англия<sup>23, 24</sup>

Финляндия<sup>25, 26</sup>

- Начат процесс реформ структуры местной власти, что может привести к фундаментальным последствиям в системе оказания медицинской помощи. Однако до национальных выборов весной 2007 г. значительных изменений не ожидается.
-

## Франция<sup>44, 45</sup>

### Охват и механизм финансирования

Система здравоохранения опирается в основном на социальное медицинское страхование (SHI). С 2000 г. SHI охвачены все жители в обязательном порядке. 91% жителей имеют дополнительно полис добровольного медицинского страхования VHI (чтобы компенсировать доплату); предусмотрена доплата многих видов товаров и услуг. Обычно пациент платит сразу, а затем запрашивает возмещение у страхового фонда. Доплата может быть выражена в виде долей оплаты (т.е. страхование доли расхода) или в виде фиксированной суммы и может меняться в зависимости от вида услуг, поставщика услуг, возраста и семейного положения застрахованного, но не от уровня доходов. Освобождены от доплаты лица с некоторыми хроническими заболеваниями и видами инвалидности и т.д. (но не на основании их доходов). В 2003 г. оплата за счет пациента составила 10,9% от всех расходов на здравоохранение.

## Нидерланды\*<sup>46, 47</sup>

По состоянию на 2006 г. все жители должны быть застрахованы; такой порядок пришел на смену старой системе, при которой страхование было обязательным только для лиц, получающих зарплату ниже определенного уровня. При новой системе застрахованный платит номинальную сумму, которая может варьироваться в зависимости от страхового плана; при этом лица, имеющие одинаковый страховой план, платят одинаковую сумму. Страховые компании обязаны застраховать всех обратившихся к ним жителей на их территории. Существует схема "выравнивания рисков" для компенсации неравномерного распределения страховых рисков; она оплачивается за счет дополнительных взносов застрахованного (в зависимости от уровня доходов) плюс обязательный взнос работодателя в недавно созданный Фонд медицинского страхования. Новая система оплачивает государственный пакет основных лечебных услуг. Застрахованный может по своему выбору перейти на более дорогостоящий страховой план, который оплачивает дополнительные услуги, не включенные в государственный пакет.

\* Со времени внедрения новой системы медицинского страхования в январе 2006 г. некоторые сведения пока отсутствуют.



**Франция**<sup>44, 45</sup>

**Оказание  
первичной/  
общей и  
специализированной  
медицинской  
помощи**

Большинство врачей общей практики и специалистов (кроме работающих в больницах) практикуют частным образом в собственных кабинетах вне больниц.

**Нидерланды**<sup>46, 47</sup>

Врачи общей практики в основном работают на основе самозанятости, объединившись в группы. Вторичную медицинскую помощь оказывают в основном в больницах, где врачи-специалисты оказывают помощь как в стационарах, так и в амбулаториях. Примерно одна треть специалистов работают по найму (главным образом в научных центрах и специализированных больницах, например в онкоцентрах). Остальные две трети – самозанятые специалисты, которые формируют "партнерства" для работы по контракту в больницах.

## Франция <sup>44, 45</sup>

### **Плата за посещение врача общей практики**

Социальная страховка оплачивает до 70% расходов; доплата может возмещаться из средств VNI (если это предусмотрено страховым планом). Обычно пациент платит сразу при обращении, а затем получает возмещение из страхового фонда. Пациенты, стоящие на учете у врача общей практики, контролирующего доступ к специализированной помощи, не обязаны платить за услуги при обращении. Во всех случаях пациент дополнительно платит символическую сумму – 1 евро за каждое посещение врача.

## Нидерланды <sup>46, 47</sup>

Услуги, предусмотренные основным пакетом, не требуют доплаты. Однако новая программа страхования дает пациенту возможность выбрать страховой план с удержанием на свой риск, так что пациент может быть вынужден платить за консультацию врача общей практики, если размер оплаты находится в пределах суммы, оговоренной в страховом договоре. Кроме того, можно выбрать страховой контракт, предусматривающий возврат страховой премии ("no claim") в случае, если застрахованный не использует медицинские услуги. Однако по закону консультация врача общей практики не считается "страховой претензией", поэтому пациент имеет право на возврат страховой премии даже в случае консультации у врача общей практики.



## Франция<sup>44, 45</sup>

### **Плата за посещение врача-специалиста**

Консультации врачей-специалистов оплачивает социальное медицинское страхование плюс доплата и/или VHI. Доплата составляет 1 + 8 евро при наличии направления к специалисту или 1 + 17 евро без направления (уровень оплаты по договору). Некоторые специалисты взимают плату сверх этой суммы, в таких случаях SHI возмещает только плату по договору вне зависимости от того, по направлению или без направления пациент обратился к специалисту. Не требуют направления некоторые виды специализированной помощи, например, помощь гинеколога по вопросам контрацепции, дородового ухода, рутинных осмотров, прерывания беременности; услуги офтальмолога для выписки рецепта на очки, скрининга и наблюдения по поводу глаукомы.

## Нидерланды<sup>46, 47</sup>

Услуги в рамках основного пакета не требуют доплаты. Однако при новой системе страхования пациенту придется оплачивать некоторые услуги специалистов, если он выбрал страховую план, который предусматривает определенную личную материальную ответственность или вариант возврата страховой премии ("no claim").



**Доступ  
к врачам/  
выбор врача**

До недавнего времени пациенты могли обратиться к любому зарегистрированному поставщику услуг вне стационара. В 2005 г. была введена форма контроля доступа к специализированной помощи ("medecin traitant"). Теперь пациенты должны выбрать врача, осуществляющего такой контроль; им может быть как любой врач общей практики, так и врач-специалист (например, женщина может выбрать своего гинеколога в этом качестве). По состоянию на 2005 г. стоимость услуг полностью возмещается только в случае, если пациент получил направление от такого своего врача; в противном случае пациент оплачивает половину стоимости консультации. Консультации офтальмолога, психиатра, гинеколога и педиатра, а также помощь в экстренных случаях исключены из системы контроля доступа к специализированной помощи.

Пациенты могут выбрать любого зарегистрированного поставщика услуг, но должны состоять на учете у врача общей практики (обязательный контроль доступа к специализированной помощи). Каждый врач общей практики является членом группы практикующих врачей (так называемой HAGRO). Нередко такие группы договариваются с больницами и другими поставщиками услуг о мерах по улучшению координации медицинской помощи.



**Франция**<sup>44, 45</sup>

**Выбор врача  
общей  
практики**

До недавнего времени пациент мог по выбору консультироваться с любым врачом общей практики. Сейчас пациенты, согласившиеся участвовать в недавно созданной системе контроля доступа к специализированной помощи, должны встать на учет у врача общей практики. Пациент, который захочет обратиться к другому врачу общей практики, должен будет заплатить 1 + 8 евро (плюс любую дополнительную плату, взимаемую врачом сверх уровня оплаты по договору).

**Нидерланды**<sup>46, 47</sup>

Пациенты должны вставать на учет, но для этого они могут выбрать любого врача общей практики.

**Выбор  
специалиста**

До недавнего времени пациентам не требовалось направление на консультацию со специалистом вне больницы. Согласно введенной недавно системе контроля доступа к специализированной помощи пациенты должны получать направление на лечение у врача-специалиста; однако пациент по своему выбору может обратиться к специалисту напрямую, но Доплата будет выше.

Каждый застрахованный пациент для обращения к врачу-специалисту должен получить направление. В направлении указана специальность врача, но не указан конкретный врач. Кроме случаев экстренной помощи, пациентам не разрешается напрямую обращаться в амбулаторное отделение или поликлинику больницы.

## Франция <sup>44, 45</sup>

### **Механизм контроля доступа к специализированной помощи**

Система контроля доступа к специализированной помощи была введена в 1998 г. на добровольной основе. Врачи получают плату за пациентов, состоящих у них на учете (недавно уровень оплаты был повышен до 46 евро). К 2004 г. 1% пациентов были зарегистрированы у врачей, осуществляющих контроль доступа ("medecin traitant"), и 10% врачей общей практики приняли участие в этой системе. Система контроля стала обязательной в 2005 г. (6), и к 24 ноября 2005 г. 33,2 млн человек (из 60-миллионного населения) выбрали себе такого врача. 99,6% врачей, осуществляющих контроль доступа к специализированной помощи, врачи общей практики. 99% врачей общей практики подписали контракт с системой контроля доступа.

### **Сроки ожидания/ очередь на обслуживание**

Нет информации о существовании общих очередей на получение медицинской помощи, хотя такие очереди могут иметь место у отдельных врачей. Официальные сведения о сроках ожидания отсутствуют; по неофициальным данным, они составляют от 15 дней до 2 месяцев.

## Нидерланды <sup>46, 47</sup>

Существует строгая система контроля доступа к специализированной помощи. Право на медицинскую, хирургическую и акушерскую помощь обусловлено направлением врача общей практики, другого специалиста, к которому пациента направил врач общей практики, в случае акушерской помощи – сестры-акушерки (46). При предшествующих правилах случаи обращения к врачам в обход системы контроля доступа были редки; о том, сохранится ли такая ситуация и при новой системе, судить пока рано.

С 1990-х годов было признано, что очереди на лечение в стационарах являются серьезной проблемой. Право на основные лечебные услуги гарантировано законом; граждане считают очереди нарушением прав пациента, поскольку очереди препятствуют гарантированной законом доступности услуг. В последние годы сроки ожидания стационарного лечения сократились, и 68% стоящих на очереди пациентов поступают в стационар в течение 4–5 недель (47).



### Франция<sup>44,45</sup>

#### Прием у врача общей практики

Обычно попасть на прием к врачу общей практики можно в день обращения. В неотложных случаях (каждая четвертая консультация) предварительная запись не требуется.

### Нидерланды<sup>46, 47</sup>

Обычно попасть на прием к врачу общей практики можно в день обращения. В неотложных случаях чаще всего предварительная запись не требуется. Порядок записи на прием, а также возможность получения консультации по телефону или посещения врача без записи обычно определяются самими врачами.

#### Прием у врача- специалиста

Сроки ожидания приема у специалиста бывают весьма различными (например, одна неделя для оториноларинголога); по примерным оценкам, консултации у специалиста приходится ждать от 1 недели до 3 месяцев. Срок ожидания приема у офтальмолога (эти врачи считаются особенно редкими), по некоторым сообщениям, может продлиться до года.

Срок ожидания с момента направления до получения диагноза составляет в среднем 6 недель (3 – для хирургического заболевания, 4 – для внутренних болезней), еще 11 недель с момента постановки диагноза до начала лечения (2 – для лечения внутренних болезней, 9 – для хирургического вмешательства). При новой системе компаниям медицинского страхования разрешается напрямую заключать договоры со стационарами, чтобы застрахованные могли быстрее получить необходимые услуги. Проблема все более различающихся сроков ожидания при разных планах страхования активно обсуждается в обществе.

**Степень интеграции услуг**

Отсутствие координации и непрерывности медицинской помощи приводит к тому, что, как правило, пациент сам должен выстраивать свой путь к получению разных видов помощи в системе здравоохранения (6). В 1996 г. были внедрены сети поставщиков услуг (пилотные программы на местном и региональном уровнях с возможностью устанавливать правила для пациентов в части финансирования). С 2004 г. пациенты с определенными тяжелыми заболеваниями освобождены от затрат пользователя, если они принимают протокол медицинской помощи, согласованный лечащим врачом и фондом медицинского страхования. Чтобы получить полное возмещение расходов, пациент должен показывать этот протокол при всех посещениях врачей. С помощью такой политики планируется сдерживать рост расходов, предотвратить желание пациентов подыскивать себе подходящего врача, сократить нерациональное дублирование услуг и улучшить интеграцию и качество обслуживания (42).

В 1994 г. была введена "трансмуральная", т.е. "не разгороженная стенами" модель медицинской помощи, которая сводила воедино различные виды помощи, чтобы преодолеть организационный и финансовый разрыв между первичной и специализированной больничной помощью. "Трансмуральные" модели, как правило, охватывают один или два ключевых переходных шага между разными видами поставщиков медицинской помощи (48). Хотя такие модели широко практикуются по всей стране, их устойчивая реализация постоянно находится под угрозой из-за дефицита финансирования.



### Франция<sup>44, 45</sup>

**Услуги, оказываемые медработниками, помимо врачей общей практики (например, медсестрами, фармацевтами)**

В стране не стоит вопрос о более активном использовании медсестер и парамедицинского персонала из-за доминирующей роли врачебного персонала.

### Нидерланды<sup>46, 47</sup>

Медсестры играют важную роль в первичном звене с 1970-х годов главным образом в муниципальной системе здравоохранения, оказывая, помимо прочего, услуги в таких областях, как инфекционные заболевания, сексуальное здоровье (49), программы охраны здоровья детей и подростков (например, иммунизация детей), а также некоторые аспекты санитарного просвещения. Медсестры работают согласно протоколу, позволяющему им проводить физическое и лабораторное обследование, диагностику и лечение, обычно под контролем врача.

**Компенсации и льготы, предусмотренные для пациентов**

Существует официальный перечень подлежащих возмещению услуг. Все остальные предметы и услуги предполагают оплату из средств VNI или за счет пользователя. В апреле 2005 г. существовало шесть перечней; медицинские процедуры перечислены в "Classification commune des Actes Médicaux" (CCAM).

При новой системе все застрахованные имеют право на получение основного пакета необходимых лечебных услуг. Застрахованный может обратиться в учреждение, оказывающее медицинские услуги по контракту, или получить возмещение расходов на медицинское обслуживание, либо использовать оба варианта в сочетании. Страховые компании обязаны возмещать расходы только "в пределах разумных расценок на голландском рынке медицинских услуг" (50).

**Свобода  
врача в принятии  
решений и  
медицинской  
практике**

По традиции врачи обладают значительной степенью свободы в своей практике, хотя и обязаны следовать руководству по клинической практике (RMO), причем до середины 1999 г. врач подвергался финансовым санкциям за их несоблюдение (хотя санкции применялись крайне редко). Новый (2005 г.) договор между профсоюзами врачей и фондом социального медицинского страхования определяет, помимо прочего, правила выписывания лекарств для лечения таких распространенных расстройств, как гиперхолестеринемия и сосудистые заболевания ("Accord de bon usage de soins" (AcBUS)). Система AcBUS не предусматривает штрафных санкций; она была разработана в ответ на (относительную) неэффективность RMO и как попытка воздействовать не принуждением, а убеждением.

Решение о том, какие услуги предложить пациенту, традиционно считается прерогативой врача; однако появляется все больше руководств по клинической практике. Такие руководства основаны на имеющихся научных данных и отражают консенсус профессиональных ассоциаций и национальных органов здравоохранения. Руководства по клинической практике для врачей-специалистов впервые появились в 1987 г.; национальная программа по разработке и внедрению клинических руководств для врачей общей практики появилась в начале 1990-х годов.

**Франция** <sup>44, 45</sup>**Диагностические услуги**

Большинство диагностических услуг оказывают частные лаборатории или учреждения диагностической визуализации. Не поощряется оказание диагностических услуг амбулаторным пациентам в больницах. Стоимость диагностических услуг возмещается, если их назначает врач и они включены в официальный перечень.

**Нидерланды** <sup>46, 47</sup>

Диагностические услуги частично оказывают врачи общей практики и частично – в больницах. Врачи общей практики, нередко в сотрудничестве с независимыми лабораториями, предлагают пациентам целый ряд лабораторных услуг. Многие лаборатории являются некоммерческими фондами, созданными врачами общей практики или связаны с местной страховой компанией; эти лаборатории все чаще привлекаются к деятельности по координации медицинской помощи.



**Оказание помощи в нерабочие часы/консультирование онлайн или по телефону/посещения на дому**

Обслуживание больных в нерабочие часы остается проблематичным с тех пор, как в 2003 г. была упразднена система добровольных дежурств и создана правовая база для сверхурочного дежурства врачей. Есть несколько вариантов получения помощи в нерабочие часы: (1) дежурные пункты (maisons de garde), которые обычно представляют собой консультационные кабинеты в местных больницах; в них посменно работают местные врачи общей практики; (2) отдельные врачи, оказывающие услуги в нерабочие часы за повышенную плату; (3) центры "вызова", укомплектованные врачами общей практики, которые при необходимости могут связаться с дежурным врачом. За эту услугу врач может запросить более высокую плату (базовый уровень 30 евро, плюс 10 евро по воскресеньям, плюс 20 евро в ночное время). Если вызов с медицинской точки зрения неоправдан, пациенту возмещается только 20 евро. Пациенты все чаще обращаются в отделения скорой помощи больниц, особенно в период отпусков. Посещения больных на дому врачом общей практики становятся все реже.

Обслуживанием пациентов в нерабочие часы все чаще занимаются крупные дежурные центры, в которых работает по 45-120 врачей общей практики. Эти кооперативы пришли на смену многим традиционным моделям оказания помощи в отсутствие основного лечащего врача (51). Дежурные центры во многих случаях созданы группой врачей общей практики и связаны со страховой компанией. Другие центры размещены на базе больниц. Доступ к врачебной помощи в нерабочие часы нередко предполагает участие медсестры, которая определяет очередность больных в зависимости от их состояния.



### Франция<sup>44, 45</sup>

### Нидерланды<sup>46, 47</sup>

#### **Дополнительная и альтернативная медицина (ДАМ)**

Акупунктура и гомеопатия возмещаются из средств SHI, если услуги оказаны врачом (это не касается остеопатии и хиропрактики, но их можно включить как компонент других процедур, входящих в оплачиваемый перечень).

Дополнительные и альтернативные виды лечения не включены в основной пакет медицинских услуг. При новой системе медицинского страхования возможность их возмещения будет зависеть от условий конкретного договора.

#### **Профилактика и скрининг взрослых**

В рамках общенациональной оппортунистической программы проводится скрининг методом маммографии женщин в возрасте 50-74 лет на рак молочной железы (раз в два года). В некоторых регионах проводится скрининг на рак толстой кишки (50 лет и старше). Профилактика организована на уровне региона/департамента, а степень ее активности весьма различна. Рутинные медосмотры оплачивает SHI.

Проводятся национальные программы скрининга на рак молочной железы (50-70 лет), рак шейки матки, врожденные нарушения метаболизма, а с недавнего времени – на генетическую гиперхолестеринемию. Большинство программ скрининга организованы муниципальными службами здравоохранения (52). Рассматривается вопрос о проведении скрининга на рак толстой кишки.

## Франция <sup>44, 45</sup>

### **Контрацепция, сексуальное и репродуктивное здоровье (СРЗ)**

Профилактика и диагностика инфекций, передаваемых половым путем (ИППП), входит в сферу обязанностей генеральных советов (на уровне департамента), которые должны проводить анонимное бесплатное обследование на некоторые заболевания. Обследование на ВИЧ/СПИД софинансируется SHI. Консультации по СРЗ можно получить у частного врача или в клинике по планированию семьи; в большинстве клиник можно пройти обследование и лечение по поводу ИППП, а также получить контрацептивные средства. Существуют также "анонимные бесплатные центры информации и обследования на ВИЧ" (53). Подросткам помощь оказывают школьные медсестры. Филиал французской ассоциации планирования семьи организует еженедельно прием для подростков без предварительной записи (54).

## Нидерланды <sup>46, 47</sup>

Услуги в области контрацепции и сексуального здоровья оказывают врачи общей практики, а также, главным образом в крупных городах, клиники сексуального здоровья, руководимые медсестрами.



### Франция <sup>44, 45</sup>

**Медицинская документация (например, регистрационная карта пациента, национальные базы данных)**

В настоящее время единой медицинской документации нет. У врачей имеется своя собственная информационная система. К 2007 г. планируется внедрить общенациональную систему электронной регистрации пациентов, куда войдут все консультации, процедуры, медицинское и хирургическое лечение, рекомендованные лекарственные средства и медицинские аппараты. Получить доступ к этим данным смогут все врачи. Пациент, не желающий, чтобы информация о нем заносилась в электронную базу данных, должен будет носить более высокую плату пользователю. По предварительным подсчетам расходы на создание и эксплуатацию новой системы составят от 0,65 млрд евро до 1,2 млрд евро в год в течение первых трех лет (42). Регистрационные карты пациентов содержат только административную информацию. Существуют планы внедрения регистрационных карт с медицинской документацией для целей экстренной помощи, но в связи с этим высказывается озабоченность по поводу конфиденциальности и сохранности личных сведений.

### Нидерланды <sup>46, 47</sup>

В настоящее время медицинскую регистрацию ведут только врачи и другие поставщики услуг в индивидуальном порядке. Активно обсуждается вопрос о внедрении системы электронной медицинской документации, но пока существует лишь несколько небольших электронных сетей такого рода (55).

**Удовлетворенность  
потребителя/  
пациента**

В целом отмечается высокий уровень удовлетворенности работой врачей общей практики. По всей видимости, пациентов устраивает близкое расположение врачей общей практики, но при этом в недавно проведенном опросе 36% жителей сельских районов говорили, что на местах требуется больше врачей-специалистов (44).

По результатам опроса 2002 г., 78% голландских пациентов устраивает порядок организации приема у врача (для сравнения: в Великобритании – 62%; в Германии – 94%). 61% устраивает срок ожидания в приемной врача (в Великобритании – 50%; в Германии – 70%), и 85% устраивает доступность услуг неотложной помощи (в Великобритании – 71%; в Германии – 95%) (56).

---



### Франция <sup>44, 45</sup>

#### **Недавние реформы/изменения/дальнейшие планы**

- Несколько следующих одна за другой реформ SHI: расширение SHI для охвата всех жителей страны в 2000 г.; постепенное повышение доли налоговых поступлений на финансирование здравоохранения; новый договор между фондами медицинского страхования и врачами (AcBUS) (2005).
- Расширение системы контроля доступа к специализированной помощи в 2004 г., дальнейшее усиление системы как обязательной планируется к 2006 г.
- Реформа оплаты услуг стационаров (2005).
- Обязательная (на национальном уровне с 2004 г.) аттестация всех врачей (частный кабинет, по найму, больница); отказ от прохождения аттестации может повлечь отзыв лицензии врача.
- Реорганизация амбулаторной помощи в нерабочие часы (2004) (57).

### Нидерланды <sup>46, 47</sup>

- Акт 2006 г. о медицинском страховании внес фундаментальные изменения в систему SHI, сократив государственный контроль (в пользу рыночного подхода) и создав у пациентов и страхователей мотивацию к повышению знаний о затратах. Предусматривается переход от здравоохранения с регулируемым предложением услуг к здравоохранению, отвечающему запросам и предпочтениям потребителей. Актом 2006 г. введены: (1) обязательное базовое страхование; (2) доплаты на основании уровня доходов; (3) единый комплексный пакет услуг, описанный в функциональных терминах; (4) открытая регистрация; (5) ограниченные планы поставщиков услуг.
- В настоящее время обсуждается возможность исключения из пакета и ограничения некоторых услуг (например, физиотерапии, психотерапии).

**Охват и механизм финансирования**

Система здравоохранения Новой Зеландии финансируется в основном за счет общих налоговых поступлений и частных платежей. Существует также обязательное социальное страхование от травм и несчастных случаев (ACC). Стационарное и поликлиническое лечение в амбулаторных отделениях больниц и услуги государственного здравоохранения бесплатны для всех жителей страны, но существует плата за услуги врачей общей практики и другие связанные с этим услуги. Примерно у одной трети населения дополнительно имеется полис добровольного медицинского страхования. Оплата за счет пациента составляет 16% от всех расходов на здравоохранение (2002/2003 г.). В последние годы было увеличено государственное финансирование для сокращения зависимости от совместных оплат.

Система здравоохранения Швеции финансируется в основном за счет региональных и местных налогов, в дополнение к которым иногда поступают целевые гранты от национального правительства. Государственным страхованием охвачены все жители; заменяющего его частного страхования не имеется. По оценкам, 5-10% граждан имеют дополнительно полис добровольного медицинского страхования (обычно оплачиваемый работодателем и покрывающий расходы на рекомендованные хирургические вмешательства). Затраты пользователя невелики и составляют 2,8% от общих расходов на охрану здоровья (2003 г.). Для большинства медицинских услуг имеется фиксированная стоимость из расчета на одного пациента ("цена за единицу"). Размер оплаты пользователя определяется советами провинций.



**Новая Зеландия <sup>58</sup>**

**Оказание  
первичной/  
общей и  
специализиро-  
ванной  
медицинской  
помощи**

Большинство врачей общей практики работают частным образом; две трети из них объединены в группы частных практикующих врачей. Специализированную помощь оказывают в частных и государственных клиниках либо частных/государственных больницах. Большинство врачей-специалистов работают по найму в государственном секторе, хотя многие сохраняют и свою частную практику (с неполной занятостью). Частные клиники специализируются главным образом на плановых хирургических операциях или долгосрочном медицинском лечении. С принятием новой Стратегии первичной медико-санитарной помощи в 2001 г. правительство содействует развитию "первичных организаций медицинской помощи" (PHO), местных неправительственных организаций, которые оказывают услуги зарегистрированным у них лицам (60). Кроме того, значительно увеличено финансирование первичного звена; основная часть средств распределяется через PHO, постепенно осуществляется переход от финансирования из расчета за услугу на уровне практикующего врача к финансированию из расчета на душу населения на уровне PHO; в свою очередь PHO заключает договор с конкретным врачом. В июле 2005 г. в стране было 79 PHO, охватывающих услугами 93% 4-миллионного населения (61).

**Швеция <sup>59</sup>**

Врачи общей практики работают в государственных центрах первичной помощи (укомплектованных врачами общей практики, медсестрами, акушерками и физиотерапевтами), в корпоративных медицинских центрах по договору с властями провинции ("независимые"), как частные поставщики услуг по договору с государственной системой страхования, либо без контракта. Большинство частных поставщиков услуг имеют контракт с государственным сектором. Частный сектор очень мал: в нем состоит менее 5% врачей общей практики, сосредоточенных в Стокгольме, Гетеборге и Мальме. Доля врачей общей практики, работающих в каждой из названных систем, варьируется в зависимости от провинции; врачи-специалисты работают в больницах, поликлиниках, специализированных центрах вне больниц или на базе центров первичной помощи; врач должен выбрать, будет ли работать полностью в государственном или полностью в частном секторе (хотя существуют исключения из этого правила).



**Плата за посещение врача общей практики**

Оказание первичной медицинской помощи традиционно происходит на платной основе с государственной субсидией для малообеспеченных лиц, детей до 6 лет и для часто обращающихся за медицинской помощью; в сумме эти категории охватывают порядка 40% населения. Дополнительное государственное финансирование, выделенное в рамках Стратегии первичной медико-санитарной помощи, призвано снизить затраты пользователя и расширить категории населения, имеющие право на субсидии, включив в них лиц в возрасте 6–18 лет в 2003 г. и лиц старше 65 лет в 2000 г. (60). На данный момент средняя плата за консультацию врача общей практики для лиц со средним и высоким уровнем доходов, не получающих (или почти не получающих) субсидий, составляет 40–50 новозеландских долларов (20–26 евро). Врач общей практики по-прежнему может устанавливать расценки на свои консультации, но должен договариваться о так называемых разумных затратах пользователя со своей РНО как условия получения от нее финансирования. Несмотря на увеличение государственного финансирования, общего регулирования уровня оплаты нет.

Пациенты старше 20 лет платят 11–15 евро (2000 г.) за посещение врача общей практики в центре первичной медицинской помощи (государственном или по контракту). Консультации у частнопрактикующих врачей в амбулаторных условиях (врач общей практики или специалист) предполагают более высокую доплату, поскольку пациенту может быть возмещена только часть расходов. Прямая оплата услуг частнопрактикующего врача в первичном звене встречается относительно редко. Многие пациенты используют отделения неотложной помощи больниц в качестве первичного обращения за помощью, и для предотвращения этого были введены финансовые санкции: пациент теперь должен платить в такой ситуации вдвое больше, чем заплатил бы за консультацию врача общей практики. Однако эффективность этого механизма невелика из-за существования официального ограничения оплаты за счет пациента – не более 100 евро в год на человека (62).



**Новая Зеландия** <sup>58</sup>

**Плата за посещение врача-специалиста**

Специализированную помощь бесплатно оказывают поликлинические отделения государственных стационаров. Услуги частнопрактикующих врачей-специалистов оплачивают пациенты либо за свой счет, либо через VHI.

**Доступ к врачу/выбор врача**

Несмотря на создание РНО, где пациенты состоят на учете, пациент по-прежнему может обратиться к любому врачу общей практики по своему выбору, но для получения специализированной помощи требуется направление. По условиям социального страхования АСС выбор врача может быть ограничен, поскольку у АСС существуют списки рекомендуемых врачей. Для получения специализированной помощи в частном секторе пациенту также, как правило, требуется направление.

**Швеция** <sup>59</sup>

Пациенты платят 16–27 евро за консультацию специалиста в больничной поликлинике, если обращаются без направления. Для тех, кто обращается к специалисту по направлению, услуги бесплатны.

С 2003 г. пациент может выбрать любого поставщика услуг и обратиться за амбулаторной помощью в любом месте на территории страны на тех же условиях, на каких получил бы помощь по месту жительства (63).

**Выбор врача  
общей  
практики**

Пациент может выбрать любого врача общей практики и вправе обращаться к нескольким врачам общей практики. При новой системе РНО пациент регистрируется в конкретном РНО у своего "постоянного" врача общей практики, но может обратиться и к любому другому врачу общей практики. Если пациент выбирает врача общей практики, не связанного с РНО данного пациента, то для возмещения государственной доли расходов выставляется счет этой РНО.

Пациент может в качестве первичного посещения выбрать любого поставщика услуг в центре первичной помощи или в поликлиническом отделении больницы (куда первично обращается почти половина пациентов) (64). Однако пациент по своему выбору может встать на учет в центре первичной помощи, получая более широкий доступ к врачу; провинции стремятся убедить население обращаться в начале в центр первичной помощи и для этого повышают цену обслуживания в отделениях неотложной помощи больницы.

**Выбор  
специалиста**

Пациенты должны взять у врача общей практики направление для получения специализированной помощи как в государственном, так и в частном секторе (кроме помощи при несчастных случаях и необходимости оказания скорой помощи). В теории частные пациенты могут не обращаться к врачу общей практики за направлением, но самостоятельное обращение за помощью к специалистам встречается относительно редко. Государственным больницам не разрешается лечить частных пациентов.

В государственном секторе пациент может получить помощь специалиста только в поликлиническом отделении больницы. Правила направления пациентов к специалистам устанавливают советы провинций. Во многих провинциях пациент может выбрать больницу, но обычно врач общей практики договаривается о приеме своего пациента с врачом-специалистом, диагностическим центром, лабораторией или больницей. В большинстве провинций пациенту требуется направление для посещения врача-специалиста. Пациент может обратиться также к частному специалисту.



**Новая Зеландия <sup>58</sup>**

**Механизм контроля доступа к специализированной помощи**

Пациенту не нужно вставать на учет у врача общей практики, но эти врачи контролируют доступ к специализированной помощи, и у большинства пациентов есть постоянный врач общей практики. В рамках Стратегии первичной медико-санитарной помощи разрабатываются новые модели оказания помощи, в которых для получения возмещения из дополнительных выделенных государством средств пациент должен встать на учет у "поставщика услуг первичного посещения" (как правило, это его "постоянный" врач общей практики). Участие в этой программе добровольно как для врачей, так и для пациентов, но более высокие субсидии могут получить только через РНО их зарегистрированные пациенты и врачи.

**Швеция <sup>59</sup>**

Роль врачей общей практики по контролю доступа к специализированной помощи варьируется в зависимости от провинции. В государственной системе пациенты должны получить направление для посещения врача-специалиста; однако, если пациент согласен платить, он может по своему выбору обратиться за специализированной помощью непосредственно в поликлинику больницы.

**Сроки  
ожидания/  
очередь  
на обслужи-  
вание**

В государственном секторе очередь на получение помощи регулируется на основании "критериев оценки клинической приоритетности" (CPAC) путем присуждения баллов в зависимости от неотложности помощи и особенностей состояния пациента. Установленная система резервирования для проведения плановых хирургических вмешательств отражает намерение правительства перейти от неофициального к официальному нормированию, когда пациента записывают только на операцию в случае, если ему могут предложить зарезервированное поступление в стационар в пределах шести месяцев (65).

В Швеции сроки ожидания лечения вызывают озабоченность. В ноябре 2005 г. были приняты новые обязательства по сокращению сроков ожидания, так называемое правило "0-7-90-90": немедленный прием в срочных случаях; максимум 7 дней ожидания приема врачом общей практики; максимум 90 дней ожидания постановки диагноза специалистом; максимум 90 дней ожидания специализированного лечения. В некоторых провинциях в случае ожидания более 30 (или 45) минут в приемной врача пациенту возвращается плата пользователя (62). Не менее 80% консультаций врачей общей практики проводятся в пределах установленных сроков. В некоторых провинциях существуют трудности с соблюдением сроков получения психиатрической помощи или на хирургические операции в области колена или бедра. Вызывает озабоченность и то, что наряду с сокращением длительных сроков ожидания увеличились короткие сроки (62).



### Новая Зеландия <sup>58</sup>

#### Прием у врача общей практики

Большинство пациентов записываются на прием; сроки ожидания не считаются проблематичными. Проведенный в 2004 г. опрос показал, что 60% респондентов врач общей практики принял в тот же день, 24% – на следующий день, 11% ждали 2–5 дней, и 2% ждали шесть дней и более (17).

### Швеция <sup>59</sup>

После принятия нормативов 2003 г. прием у врача общей практики должен быть назначен в течение семи дней. Самостоятельно практикующая медсестра должна принять пациента в тот же день. В ходе опроса 2004 г. половина респондентов сообщили о трудностях с записью на прием в медицинском центре по телефону. Однако 50% попали на прием к врачу в тот же день, а 80% – в течение недели (62). В последнее время благодаря техническим усовершенствованиям значительно улучшилась работа с телефонными звонками в центрах первичной помощи; большинство центров первичной помощи принимают пациентов и без записи.

#### Степень интеграции услуг

Ожидается, что РНО улучшат интеграцию услуг, поощряя сотрудничество между профессионалами разного профиля (60). Прошло тестирование нескольких моделей интегрированной медицинской помощи – например, интеграция первичной и специализированной помощи для пожилых лиц в Кентерберри.

После реформы ADEL в 1992 г. сотрудничество между медицинскими и социальными службами возросло, однако считается, что еще есть потенциал для улучшения (66).

**Услуги, оказываемые медработниками, помимо врачей общей практики (например, медсестрами, фармацевтами)**

Медсестра может получить квалификацию "самостоятельно практикующей" (nurse practitioner), что дает ей право выписывать лекарства в пределах определенного перечня и в рамках команды медработников первичного звена. Полномочия самостоятельно практикующей медсестры определены в Акте о компетенции медицинских работников от 2003 г., вступившем в силу в сентябре 2004 г. Самостоятельно практикующие медсестры работают в системе сестринской помощи, возглавляют клинику местного уровня и самостоятельно оказывают первичную медицинскую помощь (60). Кроме того, они участвуют в оказании специализированной помощи молодежи, мобильной помощи, в обслуживании населения на отдаленных территориях, а также в оказании психиатрической помощи (67).

Районные медсестры играют в системе здравоохранения Швеции одну из ключевых ролей, поскольку они часто осматривают пациента, прежде чем направить его к врачу общей практики или в больницу. Наряду с этим районные медсестры участвуют в оказании помощи лицам пожилого возраста и регулярно навещают больных на дому. Районные медсестры могут в ограниченном объеме выписывать лекарства (как и акушерки, выписывающие контрацептивы); медсестры дают рекомендации и проводят лечение, обычно под контролем врача, и все чаще участвуют в моделях оказания медицинской помощи пациентам с хроническими сложными заболеваниями. Сестринские клиники оказывают помощь пациентам с длительно протекающими заболеваниями, такими, как диабет, хронические obstructивные заболевания легких и неврологические расстройства.



### Новая Зеландия <sup>58</sup>

### Швеция <sup>59</sup>

#### **Компенсации и льготы, предусмотренные для пациентов**

В государственном секторе нет общего юридического определения прав пациента, хотя есть определение субсидий и существует документ об "охлаждении услугами", в котором указано, чего может ожидать пациент от государственной системы обслуживания. По условиям АСС в состав компенсации и льгот входят компенсации, предоставляемые в натуральной форме и в контексте занятости. Поскольку с принятием Стратегии первичной медицинской помощи возросла государственная доля общих расходов на медицинское обслуживание, РНО все чаще обязаны обеспечить зарегистрированным у них пациентам доступ к определенному кругу услуг в рамках первичной медицинской помощи.

Компенсации и льготы, на которые имеет право пациент, четко не определены, но основаны на трех принципах: права человека, потребность или солидарность и эффективность по затратам. Некоторые виды лечения, например косметическая пластическая хирургия, исключены из перечня вмешательств, которые оплачиваются из государственных средств.

#### **Свобода врача в принятии решений и медицинской практике**

Имеются национальные руководства по клинической практике, но их соблюдение контролируется слабо. В рамках АСС свобода врача в принятии решений может быть в большей степени ограничена из-за существования созданных поставщиками схем предоставления услуг.

Существуют руководства по клинической практике для многих видов лечения, но их соблюдение не обеспечивается какими-либо санкциями. В случае несоблюдения руководством по клинической практике потенциально врач может быть наказан.



**Диагностические услуги**

Диагностические услуги бесплатны, в том числе предоставляемые по запросу врача общей практики, и, в основном осуществляются в частном секторе или в больницах для стационарных пациентов; как правило, требуется направление врача.

Основные диагностические обследования (например, большинство рутинных лабораторных анализов) проводятся в центрах первичной помощи; специализированные диагностические услуги оказывают в государственных больницах; в некоторых провинциях сроки ожидания диагностических обследований бывают довольно длительными.

**Оказание помощи в нерабочие часы/консультации тирова или онлайн или по телефону/посещения на дому**

Врачи общей практики обязаны оказывать помощь в нерабочие часы и обычно для этого организуют кооперативы. В городах распространены коммерческие центры приема без записи. Имеется телефонная "горячая линия", где круглосуточно можно получить профессиональную медицинскую консультацию (68). В ходе опроса 2004 г. выяснилось, что 33% респондентов считают "очень трудным" или "довольно трудным" получить медицинскую помощь в выходные дни, в праздники и в ночное время, если только не обратиться в отделение скорой помощи больницы (17).

87% врачей общей практики оказывают помощь в нерабочие часы в соответствии с графиком дежурств (с середины 1990-х годов) Врачи общей практики редко посещают пациентов на дому. Имеются сведения, что часы работы центров первичной помощи неудобны для многих лиц (62). Некоторые центры объединяют усилия для проведения приема пациентов без записи по вечерам. Подвергается сомнению размер предельных издержек на оказание таких услуг.



### Новая Зеландия <sup>58</sup>

#### **Дополнительная и альтернативная медицина (ДАМ)**

Остеопатия, акупунктура и хиропрактика оплачиваются только АСС, обычно на условиях совместной оплаты (60).

### Швеция <sup>59</sup>

Частично возмещаются расходы на акупунктуру, если лечение проводит врач (34). Лицензированные хиропрактики могут работать по контракту с администрацией провинции или по найму в центре первичной помощи; все остальные виды ДАМ исключены из системы государственного финансирования.

#### **Профилактика и скрининг взрослых**

В Новой Зеландии проводятся общенациональные популяционные программы скрининга на рак молочной железы и рак шейки матки (программа BreastScreen Aotearoa, начата в 1998 г., предусматривает бесплатную маммографию женщин в возрасте 45-69 лет; бесплатный скрининг на рак шейки матки каждые три года среди женщин 20-69 лет). Проводится оппортунистический скрининг на рак простаты, но в настоящее время организация общенациональной программы скрининга не планируется (69). Было решено (в 1998 г.) не проводить общенациональный скрининг на колоректальный рак из-за недостатка научных данных об эффективности такого скрининга. Это решение периодически пересматривается.

В Швеции не проводятся программы скрининга взрослых на общенациональном уровне, но Национальный совет по вопросам здоровья и благополучия граждан выпускает руководство для провинций по проведению скрининга. Провинции проводят популяционные программы скрининга на рак молочной железы и рак шейки матки; возрастные группы в разных провинциях могут быть различны. В настоящее время обсуждается вопрос о скрининге на колоректальный рак.

## Новая Зеландия <sup>58</sup>

### **Контрацепция, сексуальное и репродуктивное здоровье (СРЗ)**

Консультирование по вопросам планирования семьи проводят различные службы, в том числе врачи общей практики, частные специалисты, клиники национальной Ассоциации по планированию семьи, клиники здоровья студентов, клиники сексуального здоровья и центры общины маори. Для подростков услуги, как правило, бесплатны.

## Швеция <sup>59</sup>

Услуги по планированию семьи обычно оказывают врачи общей практики, районные медсестры и акушерки. Врачи общей практики иногда проводят профилактические обследования женщин (например, мазок шейки матки, осмотр молочной железы). Центры по охране здоровья матери оказывают дородовую помощь, предлагают услуги по контрацепции, а также обследование в отношении ИППП, их профилактику и лечение. Все чаще молодежные центры, в которых работают врачи и акушерки, предлагают свои услуги подросткам по месту жительства. Услуги по контрацепции бесплатны (70).

### **Медицинская документация (например, регистрация новой карты пациента, национальные базы данных)**

Единой документации пациентов не существует: поставщики медицинских услуг хранят сведения о своих пациентах, но объединение такой информации о пациентах считается долгосрочной целью. В качестве первого шага к единой интегрированной электронной системе информации о пациентах были введены идентификационные номера пациентов.

В центрах первичной помощи ведется компьютерная медицинская документация. В настоящее время разрабатываются технические решения, которые позволили бы другим поставщикам медицинских услуг подключаться к этой информации. Однако существуют юридические барьеры, не позволяющие центрам, больницам и населенным пунктам обмениваться информацией в автоматическом режиме. Обсуждается возможность внедрения электронной документации или регистрационных карт, но на национальном уровне такие проекты пока не реализованы.



### Новая Зеландия <sup>58</sup>

#### **Удовлетворенность потребителя/ пациента**

По-видимому, уровень удовлетворенности пациентов услугами врачей общей практики высок: в 2004 г. 74% респондентов оценили медицинскую помощь, полученную от своего постоянного врача общей практики, как "отличную или очень хорошую" и 15% – как "хорошую", хотя 34% сообщили о трудностях в части доступности помощи из-за связанных с этим расходов (17).

### Швеция <sup>59</sup>

Пациенты в целом удовлетворены выбором, который предлагает им система здравоохранения. Небольшая часть лиц с очень низкими доходами сталкиваются с проблемами доступности услуг финансового характера из-за доплаты. Иногда затруднен доступ к психиатрической помощи.

**Недавние реформы/изменения/дальнейшие планы**

- Крупнейшей реформой последних лет является реорганизация поставщиков услуг с созданием системы РНО и увеличение государственного финансирования первичного звена, в особенности услуг врачей общей практики. Эта реформа имеет важные последствия для всего сектора первичной помощи. Ее первоочередные задачи – обеспечение справедливости в части доступности медицинской помощи, повышение уровня реагирования на нужды населения и улучшение интеграции медицинской помощи.

- Продолжается обсуждение сочетания государственных и частных услуг (например, в связи с принятым недавно законом, по которому частные поставщики услуг управляют государственными больницами, хотя и с некоторыми ограничениями).
- С начала 1990-х годов система охраны здоровья явно движется к расширению прав пациента на выбор поставщика медицинских услуг, включая врача, центр первичной помощи и больницы в рамках государственной системы.
- Растущий рынок финансируемого компаниями (частного) страхования расширил спектр доступа к специализированной помощи (например, застрахованные частным образом лица стали быстрее получать нужные им услуги) и вызвал рост числа независимых клиник и больниц; однако уровень справедливости и безопасности в системе первичной помощи, по всей видимости, успешно сохранен (71).



## Лйтература

1. Macinko J, Starfield B, Shi L (2003). The contribution of primary care systems to health outcomes within Organization for Economic Cooperation and Development (OECD) countries, 1970-1998. *Health Services Research* 38: 831-865.
2. Bundesministerium fr Gesundheit (2006). Regionale Hausarztmodelle in Deutschland. ([http://www.diegesundheitsreform.de/zukunft\\_entwickeln/hausarztmodell/beispiele/pdf/uebersicht\\_hausarztmodelle\\_deutschland.pdf](http://www.diegesundheitsreform.de/zukunft_entwickeln/hausarztmodell/beispiele/pdf/uebersicht_hausarztmodelle_deutschland.pdf), accessed 15 February 2006).
3. Riesberg A (2004). Choice in the German health care system. *Euro Observer* 6(4): 6-9.
4. Bech M (2004). Choice in the Danish health care system. *Euro Observer* 6(4): 5-6.
5. Thomson S, Dixon A (2004). Choices in health care: the European experience. *Euro Observer* 6(4): 1-4.
6. Saltman RB, Rico A, Boerma WGW (2006). Primary care in the driver's seat? Organizational reform in European primary care. Maidenhead: Open University Press.
7. Riesberg A, Busse R (2004). Health care systems in transition: Germany. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies.
8. Holland WW, Stewart S (2005). Screening in disease prevention. What works? Oxford: Nuffield Trust and European Observatory for Health Systems and Policies.
9. McKee M, Delnoij DMJ, Brand H (2004). Prevention and public health in social health insurance systems. In: Saltman RB, Busse R, Figueras J (eds). Social health insurance systems in western Europe. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies: 267-280.



10. Busse R, Nolte E (2004). New citizens: East Germans in a united Germany. In: Healy J, McKee M (eds). Healthcare: responding to diversity. Oxford: Oxford University Press: 127-144.
11. Blumenbach-Ostermann K (2004). Konkurrenz oder Chance für Vertragsärzte. Deutsches Ärzteblatt online. 20 December 2004: 1-8.
12. Hilless M, Healy J (2001). Health care systems in transition: Australia. Copenhagen: The European Observatory on Care Health Systems.
13. Healy J, Sharman E, Lokuge B (forthcoming). Health care systems in transition: Australia. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies.
14. Bilde L, et al. (2005). The health benefit basket in Denmark. Dublin: European Health Management Association. ([http://www.ehma.org/\\_fileupload/File/Projects/Benefit\\_Report\\_Denmark.pdf](http://www.ehma.org/_fileupload/File/Projects/Benefit_Report_Denmark.pdf), accessed 5 July 2006).
15. Vallgarda S, Krasnik A, Vrangbaek K (2001). Health care systems in transition: Denmark. Copenhagen: The European Observatory on Health Care Systems.
16. Australian Institute of Health and Welfare (2005). Australian hospital statistics 2003-04. Canberra: AIHW. (<http://www.aihw.gov.au/publications/index.cfm/title/10130>, accessed 5 July 2006).
17. Schoen C, et al. (2004). Primary care and health system performance: adults' experiences in five countries. Health Affairs - Web Exclusive 28 October 2004. (<http://content.healthaffairs.org/cgi/reprint/hlthaff.w4.487v1.pdf>, accessed 1 November 2005).
18. Jensen MSA, et al. (2005). Electrocardiogram interpretation in general practice. Family Practice 22(1): 109-113.
19. Australian Institute of Health and Welfare (2004). Australia's Health 2004. The ninth biennial health report of the Australian Institute of Health and Welfare. Canberra: AIHW. (<http://www.aihw.gov.au/publications/aus/ah04/ah04-050222.pdf>, accessed 5 July 2006).



20. Olsen AH, et al. (2005). Breast cancer mortality in Copenhagen after introduction of mammography screening: cohort study. *BMJ* 330: 220-224.
21. Micheli A, et al. (2003). European health systems and cancer care. *Annals of Oncology* 14(Supplement 5): 41-60.
22. Department of Health and Ageing (2005). General practice in Australia 2004-5. Canberra: Commonwealth of Australia. (<http://www.aihw.gov.au/publications/index.cfm/title/10189>, accessed 5 July 2006).
23. European Observatory on Health Systems and Policies (forthcoming). Health systems in transition: England. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies.
24. Dixon A, Robinson R (2002). The United Kingdom. In: Dixon A, Mossialos E (eds). Health care systems in eight countries: trends and challenges. Commissioned by the Health Trends Review, HM Treasury. Copenhagen: The European Observatory of Health Care Systems: 103-113.
25. Jaervelin J (2002). Health care systems in transition: Finland. Copenhagen: The European Observatory on Health Care Systems.
26. Organisation for Economic Co-operation and Development (OECD) (2005). OECD Reviews of Health Systems: Finland. Paris: OECD.
27. Harrison A, Appleby J (2005). The war in waiting for hospital treatment. London: King's Fund.
28. Department of Health (2000). The NHS Plan: A plan for investment. A plan for reform. Presented to Parliament by the Secretary of State for Health. London: The Stationery Office.
29. Healthcare Commission (2005). Survey of patients 2005. Primary care trust. London: Healthcare Commission.
30. Department of Health (2006). NHS waiting will be history, says Patricia Hewitt. Press release 3 February. ([http://www.dh.gov.uk/PublicationsAndStatistics/PressReleases/PressReleasesNotices/fs/en?CONTENT\\_ID=4127912&chk=H4YDu7](http://www.dh.gov.uk/PublicationsAndStatistics/PressReleases/PressReleasesNotices/fs/en?CONTENT_ID=4127912&chk=H4YDu7), accessed 6 February 2006).



31. Department of Health (2003). Delivering investment in general practice: implementing the new GMS contract. London: Department of Health.
32. Chapman JL, et al. (2004). Systematic review of recent innovations in service provision to improve access to primary care. *British Journal of General Practice* 54: 374-381.
33. Dixon A, et al. (2003). Complementary and alternative medicine in the UK and Germany: Research and evidence on supply and demand. London: Anglo-German Foundation for the Study of Industrial Society.
34. WHO (2001). Legal status of traditional medicine and complementary/ alternative medicine: A worldwide review. Geneva: World Health Organization.
35. Atkin WS (2006). Impending or pending? The national bowel cancer screening programme. *BMJ* 332: 742.
36. National Health Service NHS National Electronic Library for Health. (<http://rms.nelh.nhs.uk/screening/>, accessed 6 February 2006).
37. Department of Health (2001). Better prevention, better services, better sexual health. The national strategy for sexual health and HIV. London: Department of Health.
38. Hendy J, et al. (2005). Challenges to implementing the national programme for information technology (NPFIT): A qualitative study. *BMJ* 331: 331-336.
39. Coulter A (2005). Opinion and experience: Do they concur? Oxford: Picker Institute Europe.
40. Ministry of Health (2003). Guidelines for capital investment. Wellington: Ministry of Health. ([http://www.moh.govt.nz/moh.nsf/49b6bf07a4b7346dcc256fb300005a51/e3c114507edccd8bcc256dda00132da2/\\$FILE/GlinesCapitalInvestment.pdf](http://www.moh.govt.nz/moh.nsf/49b6bf07a4b7346dcc256fb300005a51/e3c114507edccd8bcc256dda00132da2/$FILE/GlinesCapitalInvestment.pdf), accessed 5 July 2006).
41. Department of Health (2006). Our health, our care, our say: a new direction for community services. London: The Stationery Office.

42. International Network for Health Policy. Reform Health Policy Monitor. G?tersloh: Bertelsmann Foundation. <http://www.healthpolicymonitor.org/index.jsp>, accessed 26 October 2005).
43. Department of Health (2006). Independent nurse prescribing. (<http://www.dh.gov.uk/PolicyAndGuidance/MedicinesPharmacyAndIndustry/Prescriptions/NonmedicalPrescribing/NursePrescribing/fs/en>, accessed 27 February 2006).
44. Sandier S, Paris V, Polton D (2004). Health care systems in transition: France. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies.
45. Bellanger M, Cherilova V, Paris V (2005). Health Basket Project: France. Dublin: European Health Management Association. ([http://www.ehma.org/\\_fileupload/File/Projects/Benefit\\_Report\\_France.pdf](http://www.ehma.org/_fileupload/File/Projects/Benefit_Report_France.pdf), accessed 5 July 2006).
46. Stolk EA, Rutten FFH (2005). The health basket in the Netherlands. A contribution to Work Package II of the EU funded research project "Health BASKET": Description of benefits, entitlements, actors and decision making processes in the Dutch health care sector. Dublin: European Health Management Association. ([http://www.ehma.org/\\_fileupload/File/Projects/Benefit\\_Report\\_Netherlands.pdf](http://www.ehma.org/_fileupload/File/Projects/Benefit_Report_Netherlands.pdf), accessed 5 July 2006).
47. Den Exter A, et al. (2004). Health care systems in transition: The Netherlands. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies.
48. Vondeling H (2004). Economic evaluation of integrated care: an introduction. *International Journal of Integrated Care* (4): 1-12.
49. Miles K, et al. (2003). Nurse-led sexual health care: international perspectives. *International Journal of STD & AIDS* (14): 243-247.
50. Ministry of Health Welfare and Sport (2004). The new health insurance system in brief. The Hague: Ministry of Health Welfare and Sport.
51. van Uden CJT, et al. (2005). Patient satisfaction with out-of-hours primary care in the Netherlands. *BMC Health Services Research* 5(6).



52. Glengard AH, Hjalte F, Svensson M (2005). Health care systems in transition: Sweden. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies.
53. Darroch JE, et al. (2001). Teenager sexual and reproductive behaviour in developed countries. Can more progress be made? New York and Washington: Alan Guttmacher Institute.
54. Bajos N, Durand S (2001). Teenage sexual and reproductive health: Country report for France. New York and Washington: Alan Guttmacher Institute.
55. Nik Brown N, et al. (2001). Annexes to the final report of the Formakin Project. Part 7. (<http://www.york.ac.uk/org/satsu/OnLinePapers/formakinannex2.pdf#search='electronic%20patient%20record%20netherlands'>, accessed 5 July 2006).
56. Wensing M, et al. (2002). Patient satisfaction with availability of general practice: an international comparison. *International Journal for Quality in Health Care* 14(2): 111-118.
57. Couffinhal A, Lucas V (2004). Reorganization of after hours ambulatory care. ([http://www.healthpolicymonitor.org/en/Policy\\_Survey/Search\\_for\\_Policy\\_Reforms/Survey\\_Details/Reorganization\\_of\\_after\\_hours\\_ambulatory\\_care.html?issue=0&content\\_id=251&whichSearch=searchHomepage&search.x=72&single\\_country:184=184&language=en&search.y=9](http://www.healthpolicymonitor.org/en/Policy_Survey/Search_for_Policy_Reforms/Survey_Details/Reorganization_of_after_hours_ambulatory_care.html?issue=0&content_id=251&whichSearch=searchHomepage&search.x=72&single_country:184=184&language=en&search.y=9), accessed 6 April 2006).
58. French S, Old A, Healy J (2001). Health care systems in transition: New Zealand. Copenhagen: The European Observatory on Health Care Systems.
59. Hjortsberg C, Ghatnekar O (2001). Health care systems in transition: Sweden. Copenhagen: The European Observatory on Health Care Systems.
60. Cumming J, et al. (2005). Evaluation of the implementation and intermediate outcomes of the primary health care strategy. Victoria: University of Wellington, Health Services Research Centre.
61. McAvoy B, Coster G (2005). General practice and the New Zealand health reforms - lessons for Australia? *Australia and New Zealand Health Policy* 2 (26). (<http://www.anzhealthpolicy.com/content/2/1/26>, accessed 5 July 2006).

62. Siciliani L, Hurst J (2004). Explaining waiting-time variations for elective surgery across OECD countries. Paris: OECD.
63. Ministry of Health and Social Affairs (2005). Health and medical care in Sweden (Factsheet). Stockholm: Ministry of Health and Social Affairs.
64. Leon S, Rico A (2002). Sweden. In: Dixon A, Mossialos E (eds). Health care systems in eight countries: trends and challenges. Commissioned by the Health Trend Review, HM Treasury. Copenhagen: European Observatory on Health Care Systems: 91-102.
65. Dew K, et al. (2005). Explicit rationing of elective services: implementing the New Zealand reforms. Health Policy 74: 1-12.
66. Andersson G, Karlberg I (2000). Integrated care for the elderly. The background and effects of the reform of Swedish care for the elderly. International Journal for Integrated Care 1. (<http://www.ijic.org/>, accessed 5 July 2006).
67. Ministry of Health (2005). Evolving models of primary health care nursing practice. Wellington: Ministry of Health.
68. Ministry of Health (2005). Towards accessible, effective and resilient after hours primary health care services. Report of the After Hours Primary Health Care Working Party. Wellington: Ministry of Health.
69. Minister of Health (2003). The New Zealand Cancer Control Strategy. (<http://www.moh.govt.nz/moh.nsf/0/3D7504AD140C7EF0CC256D88000E5A16/>, accessed 5 July 2006).
70. Danielsson M, Rogala C, and Sundstroem K (2001). Teenager sexual and reproductive behaviour in developed countries: Country report for Sweden. New York and Washington: Alan Guttmacher Institute.
71. Saltman RB, Bergman S-E (2005). Renovating the commons: Swedish health care reforms in perspective. Journal of Health Politics, Policy and Law 30(1-2): 253-275.



*Европейская обсерватория по системам и политике здравоохранения публикует многочисленные аналитические исследования по системам здравоохранения.*

### **В планах выпуска:**

**Обзоры из серии «Системы здравоохранения: время перемен».** Содержат всесторонний анализ систем здравоохранения европейских стран и ряда стран ОЭСР за пределами Европы и проводимых либо готовящихся реформ.

Обзоры можно загрузить с сайта: [www.euro.who.int/observatory](http://www.euro.who.int/observatory)

**Серия публикаций, являющаяся совместным изданием Обсерватории, издательства «Open University Press» и издательской корпорации «McGraw Hill».** Ряд авторитетных публикаций, ис следующих ключевые вопросы, касающиеся систем здравоохранения в Европе.

Среди заголовков серии: Психиатрическая помощь в Европе: принципы и практическая деятельность  Децентрализация медицинского обслуживания  Первая помощь водителю за рулем  Трудовые ресурсы здравоохранения в Европе  Материально техническое снабжение и повышение эффективности систем здравоохранения  Системы социального медицинского страхования в Западной Европе  Регулирование фармацевтического сектора в Европе

Книги можно заказать по адресу: [www.mcgraw-hill.co.uk](http://www.mcgraw-hill.co.uk)

**Отдельные исследования.** Ряд работ, в которых представлены научно обоснованные сведения по важнейшим аспектам здоровья и здравоохранения. В числе последних выпусков: Передвижение пациентов внутри ЕС Частное медицинское страхование в Соединенном Королевстве Кадровые вопросы здравоохранения в Европе Принятие решений в общественном здравоохранении Системы здравоохранения—время перемен; практический опыт

Книги можно загрузить с сайта: [www.euro.who.int/observatory](http://www.euro.who.int/observatory)

**Основы политики.** Серия кратких брошюр, освещающих ключевые вопросы важнейших направлений европейской политики здравоохранения, таких как медицинская помощь за пределами стран проживания, массовые обследования населения, оценка медицинских технологий, амбулаторная медицинская помощь.

Рефераты можно загрузить с сайта: [www.euro.who.int/observatory](http://www.euro.who.int/observatory)

Журнал *Eurohealth*, совместное издание Обсерватории и Лондонской школы экономических и политических наук, посвященное проблемам здоровья и представляющее ученым и политикам возможность выразить свои взгляды на европейскую политику в области здравоохранения.

*Euro Observer*, ежеквартальный бюллетень, посвященный политике в области здравоохранения. Публикует информацию по важнейшим вопросам политики в области здравоохранения и реформам здравоохранения в Европе.

### **\*\*\* Станьте подписчиком электронного бюллетеня \*\*\***

Если Вы хотите, чтобы мы включили Вас в список рассылки Европейской Обсерватории для получения информационных электронных бюллетеней, касающихся систем здравоохранения, электронных версий наших последних публикаций, грядущих конференций и т. д., то, пожалуйста, отошлите пустое сообщение по адресу: [mailto:subscribe\\_observatory\\_listserve@list.euro.who.int](mailto:subscribe_observatory_listserve@list.euro.who.int)



## **Европейская обсерватория по системам и политике здравоохранения**

поддерживает и пропагандирует разработку научно обоснованной политики здравоохранения путем всеобъемлющего и тщательного анализа систем здравоохранения в Европе. Под эгидой Европейской обсерватории по системам и политике здравоохранения ученые, политики и другие специалисты анализируют направления реформ в области здравоохранения на основе европейских данных, чтобы всесторонне осветить политические вопросы в этой сфере.

Европейская обсерватория по системам и политике здравоохранения представляет собой партнерство между Европейским региональным бюро ВОЗ, правительствами Бельгии, Греции, Испании, Норвегии, Словении, Финляндии, Швеции, итальянским регионом Венето, Европейским инвестиционным банком, Институтом "Открытое общество", Всемирным банком, CRP-Santé Люксембурга, Лондонской школой экономических и политических наук и Лондонской школой гигиены и тропической медицины.

Получить дополнительную информацию о работе Европейской обсерватории в области мониторинга стран и анализа политики, а также ознакомиться с публикациями (в том числе основами политик) можно на сайте: [www.euro.who.int/observatory](http://www.euro.who.int/observatory)

Европейский центр ВОЗ  
по политике здравоохранения  
Rue de l'Autonomie 4  
B - 1070 Брюссель  
Бельгия  
Запросы относительно публикаций  
следует направлять по адресу:  
Publications  
WHO Regional Office for Europe  
Scherfigsvej 8  
DK-2100 Copenhagen Ø  
Denmark  
запросы относительно копий  
публикаций:  
[publicationrequests@euro.who.int](mailto:publicationrequests@euro.who.int)  
запросы разрешений на  
перепечатку:  
[permissions@euro.who.int](mailto:permissions@euro.who.int)  
запросы разрешений на перевод:  
[pubrights@euro.who.int](mailto:pubrights@euro.who.int)



ЕВРОПА



Европейская обсерватория по системам и политике здравоохранения представляет собой партнерство между Европейским региональным бюро ВОЗ, правительствами Бельгии, Греции, Испании, Норвегии, Швеции, Финляндии, Италии, итальянским регионом Венето, Европейским инвестиционным банком, Институтом "Открытое общество", Всемирным банком, CRP-Sante, Люксембург, Лондонской школой экономических и политических наук и Лондонской школой гигиены и тропической медицины.

Документ "Основы политики" предназначен для руководителей здравоохранения и для всех, кто интересуется вопросами доступности общеврачебной и специализированной медицинской помощи вне больниц.