

Реферат обзора

Испания

Основные положения

Введение

С 1978 года Испания является парламентарной монархией. В течение последних тридцати лет в стране усилилась тенденция к децентрализации власти с расширением полномочий региональных органов управления. С точки зрения административного устройства, Испания представляет собой унитарное государство, состоящее из 17 значительно децентрализованных регионов (или автономных областей – *Comunidades Autónomas*), у каждого из которых есть свое правительство и парламент. По данным на 1 января 2009 года, население страны составляет 46 661 950 человек. Это третье по территории государство в Западной Европе, занимающее площадь 505 955 км².

Уровень рождаемости в стране остается одним из самых низких в ЕС (1,4 ребенка на женщину по данным на 2007 год). С начала 2000-х годов этот показатель вырос лишь незначительно. В результате наплыва мигрантов, особенно в последнее десятилетие, отмечается омоложение населения Испании вместо наблюдавшегося ранее резкого старения. Продолжительность жизни здесь является одной из самых высоких в Европе и, по данным на 2007 год, составляет 82,2 года у женщин и 77,8 года у мужчин.

С 70-х годов прошлого века основными причинами смертности в Испании остаются сердечнососудистые, онкологические и респираторные заболевания, хотя и наблюдается постоянное снижение смертности от этих заболеваний. Уровень

смертности от перечисленных причин в этой стране является один из самых низких среди стран Европейского региона ВОЗ. Показатели состояния здоровья матери и ребенка (уровень неонатальной, перинатальной и материнской смертности) значительно улучшились: смертность по этим показателям также ниже среднеевропейской. Что касается факторов образа жизни, негативно влияющих на состояние здоровья населения (таких, как курение и алкоголизм), то число постоянных курильщиков постепенно сокращается, в то время как потребление алкоголя по-прежнему носит массовый характер. Алкоголизмом страдают около 7% мужчин и 3% женщин. Показатели ожирения и лишнего веса выросли, составив 15,6% среди взрослого населения, что в два раза выше аналогичного показателя, зарегистрированного в 1987 году.

Организационная структура

Государственная система здравоохранения (*Sistema Nacional de la Salud – SNS*), в соответствии с действующим законодательством, обеспечивает медицинское обслуживание всех категорий населения (в том числе нелегальных мигрантов). Большинство учреждений SNS относятся к бюджетной сфере – их деятельность финансируется за счет налогов. Медицинская помощь оказывается бесплатно в момент получения за исключением приобретения выписываемых врачом медикаментов лицам в возрасте до 65 лет, за которые взимаются соплатежи в размере 40% стоимости выписываемых препаратов (за исключением льготных категорий). С конца 2002 года полномочия в сфере здравоохранения были переданы на региональный уровень (уровень автономных областей): в каждом из

17 регионов было учреждено региональное министерство здравоохранения, ответственное за организацию и оказание медицинской помощи на соответствующей территории. Схема финансирования автономных областей ориентирована на укрепление региональной автономии в части сбора доходов и планирования расходов (особенно после того, как в 2009 году были приняты соответствующие поправки в законодательстве). Национальное министерство здравоохранения и социальной политики ответственно за решение отдельных стратегически важных вопросов, таких как, законодательство в сфере медикаментозной помощи, обеспечение сопоставимого по всей стране уровня функционирования системы предоставления медицинских услуг. Высшим руководящим органом национальной системы здравоохранения Испании является Общенациональный Совет (Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud – CISNS), в который входят 17 региональных министров здравоохранения во главе с министром здравоохранения страны. Решения принимаются Советом на основе достижения консенсуса и носят исключительно рекомендательный характер, т.к. относятся только к тем вопросам, которые переданы в компетенцию региональных органов.

Типичная структура региональной системы здравоохранения включает в себя региональное министерство (Consejería de Salud), ответственное за формирование политики регулирования и планирования системы здравоохранения и региональную службу здравоохранения, являющуюся производителем медицинских услуг. Региональные министерства несут ответственность за организацию медицинского обслуживания населения на подведомственной территории: создание медицинских округов и базовых медицинских зон, определение степени децентрализации управленческих структур этих подразделений. Наиболее распространенная организационная модель,

как правило, предусматривает наличие двух независимых исполнительных структур, отвечающих за предоставление первичной и специализированной (амбулаторной и стационарной) медицинской помощи. При этом, однако, в последнее время региональные службы все больше стремятся объединить эти виды помощи в рамках единой управленческой структуры. Минимальными организационными единицами системы здравоохранения Испании являются медицинские зоны. В основу организации медицинских зон положены участки обслуживания врачей первичного звена, выполняющих функцию «привратника». Что касается учета личных предпочтений пациентов, то в сфере специализированной и стационарной медицинской помощи их свобода выбора оказывается гораздо более ограничена, чем в сфере первичной помощи. В любом случае, пациент может получить специализированную помощь только по направлению врача общей практики. Вопросы общественного здравоохранения, как правило, отнесены к компетенции региональных департаментов здравоохранения, функционально следуя базовой структуре медицинских округов. К каждому медицинскому округу приписано не менее двухсот и не более двухсот пятидесяти тысяч жителей.

Частный некоммерческий сектор играет ключевую роль в предоставлении медицинских услуг в случае производственных травм и профессиональных заболеваний. В стране существует несколько охватывающих эти случаи совместных схем, финансируемых управлением национального социального страхования, в основном за счет взносов работодателей.

Помимо этого, в соответствии с политикой управления листами ожиданий государственный сектор традиционно закупает у частных поставщиков (коммерческих и некоммерческих) от 15 до 20% специализированных медицинских

услуг, таких как диагностика с использованием технологий высокого разрешения и хирургия в амбулаторных условиях.

Добровольное медицинское страховое (ДМС) играет незначительную роль в системе здравоохранения Испании, хотя постепенно его роль возрастает. ДМС функционирует независимо от государственного сектора (полный отказ от ОМС невозможен) и носит дополнительный характер. Данный вид страхования используется преимущественно для предоставления услуг, на которые в государственном секторе существует очередь (например, специализированная медицинская помощь) или для получения такой помощи, которая лишь частично предоставляется в рамках программы бесплатной медицинской помощи (например, стоматологическая помощь для взрослых). В целом ДМС охвачено 13% населения, при этом показатель охвата значительно варьирует по регионам.

Значимым исключением из общей ранее описанной схемы являются три организации: Совместный фонд государственных служащих (MUFACE), Совместная компания работников юстиции (MUGEJU) и Социальный институт вооруженных сил (ISFAS), обслуживающие исключительно государственных служащих правительственных организаций и их иждивенцев (4,8% населения). Они финансируются за счет взносов из заработной платы и налогов. Государственные служащие обладают исключительным правом выхода из государственной системы, выбирая систему частного предоставления медицинских услуг.

Финансирование

Расходы на здравоохранение в Испании, как и в мире в целом, постоянно растут. В 2007 году душевые расходы на здравоохранение составили 2671 доллар США по паритету покупательной способности (ППС) или 8,5% ВВП, что по-прежнему ниже аналогичных показателей в среднем по Европе. Большая часть расходов (71%) в здравоохранении приходится

на государственный сектор (финансируемый за счет бюджетов), расходы на ДМС составляют 5,5%, личные расходы граждан, имевшие тенденцию к снижению, составили 22,4%. Личные расходы граждан включают в себя соплатежи за выписанные врачом медикаменты для пациентов в возрасте до 65 лет, оплату стоматологической помощи для взрослых и расходы на покупку оптики.

Расходы системы общественного здравоохранения распределяются следующим образом: специализированная помощь (стационарная и амбулаторная) – 54%, первичная медико-санитарная помощь (ПМСП) – 16%, медикаментозная помощь – 19,8%, профилактика заболеваний и общественное здравоохранение – 1,4%. За последние десять лет данные показатели выросли в различной мере. Примечательно, что годовой рост расходов на медикаментозную помощь снизился.

На автономные области приходится 89,81% ресурсов общественного здравоохранения, на центральную администрацию – 3%, на муниципалитеты – 1,25%. Здравоохранение является основной зоной ответственности автономных областей. Расходы на здравоохранение составляют в среднем 30% всех бюджетных расходов областей.

В настоящее время практически все расходы общественного здравоохранения (за исключением совместных фондов для государственных служащих) покрываются за счет системы общего налогообложения. Налогообложение обеспечивает 94,07% государственных ресурсов. Обязательные взносы работодателей, начисляемые на заработную плату, в совместные фонды на страхование производственных травм и профессиональных заболеваний составляют 2,53% от всех средств системы здравоохранения. На совместные фонды для медицинского обслуживания государственных служащих приходится 3,4% всех ресурсов системы.

Начиная с 2002 года финансирование системы здравоохранения обеспечивается регионами из их бюджетов, трансферты из национального бюджета не являются целевыми. Система включает несколько специализированных фондов, предназначенных для финансирования предполагаемых расходов каждой автономной области, компенсацию нерегулярных инвестиционных потребностей, а также региональное выравнивание. Формула распределения базируется на подушевых расходах, скорректированных с учетом структуры и плотности населения, протяженности и особенностей географического положения территории.

Более того, с целью ускорения внедрения политики, направленной на повышение эффективности и снижение неравенства внутри самой системы, были созданы новые фонды или расширены уже имеющиеся фонды, предназначенные для финансирования здравоохранения. Примером может служить предоставление компенсаций регионам, в которых остро стоят вопросы предоставления медицинской помощи жителям других стран.

Планирование и регулирование

Законодательство в области здравоохранения основывается на законе о здравоохранении 1986 года и законе о целостности и качестве национальной системы здравоохранения 2003 года. В соответствии с этими правовыми актами, региональные правительства распределяют их функции в сфере здравоохранения между органами управления здравоохранением, т.е. между региональным министерством здравоохранения и региональной службой здравоохранения. Обычно, министерство здравоохранения, помимо того, что оно является органом управления системой, отвечает также за регулирование и стратегическое планирование (включая планирование медицинской помощи). Региональная служба здравоохранения ответственна за

оперативное планирование, управление сетью медицинских учреждений и координацию оказания медицинских услуг. Большинство производителей услуг национальной системы здравоохранения работают в государственном секторе, и доминирующая модель управления включает элементы прямого управления. Ключевым инструментом этой модели является контрактная система, основанная на управлении, направленном на достижение целей и включающая стимулы для усиления отдельных стратегических направлений. Штрафные санкции за неудачу в достижении поставленных целей отсутствуют, также как отсутствует и реальная передача риска производителям медицинских услуг. Для групп медицинских работников и отдельных работников применяются позитивные экономические стимулы за достижение конкретных стратегических целей (таких, как рациональное назначение и выписка лекарственных препаратов, использование дженериков, сокращение времени ожидания отдельных процедур и др.). Даже при этом, они всегда ограничены по отношению к основной заработной плате.

Кроме этой преобладающей модели существуют другие формы руководства производителями медицинских услуг, находящимися под прямым управлением, предполагающие отличие юридического статуса организации от принятого в региональной службе здравоохранения. Все схемы непосредственного управления могут быть представлены в виде векторной шкалы со следующими основными показателями: вид контракта, количество медицинского персонала и бюджет. На одном конце шкалы будут жесткие ограничения, накладываемые законодательством в сфере государственного управления, на другом конце – частные организации, ведущие свою деятельность в рамках законодательства, регулирующего деятельность частных организаций (хотя имущество может оставаться государственным и миссией организации может быть оказание государственных услуг).

Таким образом, региональному правительству предоставляется широкий выбор схем. В дополнение, существуют формы непрямого управления или заключения контрактов, которые в большинстве автономных областей ограничиваются сферами проведения дополнительных диагностических исследований и амбулаторных процедур, а также оказания вспомогательных услуг, таких как питание в стационарах, стирка, техническое обслуживание зданий, уборка помещений и обеспечение безопасности. Некоторые автономные области провели эксперимент по использованию инициатив частного финансирования, предоставляя корпорациям или временному объединению предпринимателей особый благоприятный финансовый режим по обеспечению медицинского обслуживания на территории всего медицинского округа. В других случаях, в рамках эксперимента применялась классическая инициатива частного финансирования для строительства больниц.

Материальные и трудовые ресурсы

Сеть учреждений первичной медицинской помощи является государственной и большинство производителей услуг являются работниками государственного сектора, получающими оклады, за редкими описанными выше исключениями (частные производители, оказывающие по контракту первичную помощь в Валенсии и Каталонии). В центрах оказания первичной помощи работает многопрофильная команда, включающая в себя семейных врачей, педиатров, медсестер и социальных работников, в некоторых случаях физиотерапевтов и стоматологов-хирургов. Центры связаны с базовыми лабораториями и рентгеновскими отделениями, которые могут располагаться в помещениях самого центра или быть централизованными, обслуживающими несколько центров в регионе. В целом насчитывается

13 121 центров первичной помощи, каждый из которых в среднем обслуживает 3523,3 граждан.

Национальной системе здравоохранения принадлежит 40% больниц, остальные стационары являются частными, хотя многие из них либо включены в учреждения, оказывающие общественные услуги, либо работают в рамках замещающего концессионного договора, позволяющего им получать государственное финансирование (около 40% выписанных стационарных больных в Испании финансируются за счет бюджета национальной системы здравоохранения). Общая коечная мощность составляет 160 981 койку или 3,43 койки на 1000 жителей, 71,2% доступного коечного фонда функционально зависит от государственного сектора. В целом, около 40% мощности стационаров сосредоточено в больницах, оказывающих высокотехнологичную медицинскую помощь, средняя мощность которых составляет более 500 коек (преимущественно государственных). В каждой автономной области существует, по меньшей мере, один из таких центров, количество которых варьирует по регионам в зависимости от численности и типа расселения. За последние двадцать лет наблюдалось резкое сокращение количества психиатрических коек на фоне незначительного роста общего числа коек долгосрочного лечения. Национальная система здравоохранения контролирует 80% коек в больницах краткосрочного лечения и только 36% психиатрических коек и 30% коек долгосрочного лечения. Эти данные свидетельствуют о сдвиге в сторону частного сектора в оказании этих видов помощи. Обеспеченность койками в стационарах краткосрочного лечения (на 1000 жителей) сокращалась, что соответствует ситуации в других европейских странах. Одним из факторов, влияющим на сокращение коек в больницах краткосрочного лечения, является планомерное внедрение дневных стационаров, замещающих при отдельных хирургических

вмешательствах, химеотерапии и диализе пребывание в круглосуточных стационарах.

За последние годы ускорились темпы инвестиций в информационные технологии (ИТ).

Одним из шагов, осуществляемых в рамках развития системы предоставления государственных услуг в цифровом формате, стала программа «Медицинская служба онлайн» (Sanidad en línea). В рамках данного проекта предусматривается совместное финансирование автономными областями развития и совершенствования инфраструктуры ИТ, а также улучшение центрального информационного кластера системы здравоохранения, что позволит проводить регистрацию как индивидуального номера пациента, так и электронных медицинских карт.

Как и в большинстве Европейских стран, наблюдается тенденция к росту обеспеченности населения (на 100 000 населения) всеми категориями медицинского персонала. Примечательно, что в Испании по сравнению с относительно стабильной динамикой численности врачей наблюдается увеличение числа медсестер, стоматологов и фармацевтов (потребность в которых превышает доступные на рынке трудовые ресурсы в условиях роста населения). Данная тенденция свидетельствует о повышении значимости этих специалистов в рамках предоставляемых услуг. В среднем врач общей практики обслуживает 1410 человек, педиатр – 1029 человек, медсестра первичного звена – 1663 человека. В стационарном секторе на 1000 населения приходится 1,7 врача, 2,93 медицинской сестры и 2,47 санитаря.

В течение определенного периода времени Испания была основным поставщиком медперсонала в такие страны, как Великобритания и Португалия. Вместе с тем, в последнее время нехватка медицинского персонала стала основной проблемой планирования кадров.

Основные реформы в области здравоохранения

В целом реформы системы здравоохранения 1980-х годов были направлены на расширение охвата и повышение доступности медицинского обслуживания, завершая переход от ограниченной системы социального страхования к универсальной общенациональной системе здравоохранения, финансируемой за счет общего налогообложения. В результате экономической ситуации 1990-х гг. реформы этого периода были направлены на сдерживание роста расходов и управление инновациями. Реформы 2000-х годов прошли под лозунгом «координация и целостность после децентрализации». Завершение процесса полной децентрализации и передачи ответственности за развитие здравоохранения на уровень автономных областей привело к поиску механизмов урегулирования сложившейся ситуации: политика независимости регионов противоречит целостному представлению о равных правах граждан на медицинское обслуживание вне зависимости от их места проживания. Все реформы группируются в соответствии с их направленностью на улучшение основных четырех показателей децентрализованной системы:

1. Органы и механизмы управления, соответствующие новой федеральной архитектуре. Закон о целостности и качестве национальной системы здравоохранения 2003 года был принят на основе закона о здравоохранении и послужил отправной точкой будущих реформ. Согласно данному закону Общенациональный совет (CISNS) получил статус наивысшей инстанции в системе здравоохранения, что привело к внедрению нового процесса принятия решений путем достижения консенсуса, основанного на управлении знаниями. Использование этого подхода было усилено принятием в 2005 году Плана качества национальной системы здравоохранения.

Этот документ стал основополагающим для создания, внедрения и мониторинга стандартов качества во всей системе здравоохранения. Вышеупомянутый план также способствовал развитию национальных стратегий в области здравоохранения, направленных как на борьбу с наиболее распространенными хроническими заболеваниями (такими, например, как онкологические и сердечнососудистые заболевания, диабет) и редкими заболеваниями, так и на разработку государственной стратегии безопасности пациентов.

2. Единые государственные гарантии предоставления бесплатной медицинской помощи.

В соответствии с законом о целостности и качестве национальной системы здравоохранения были определены новые гарантии государства в области предоставления медицинской помощи, которые являлись всеобъемлющими и охватывали услуги, как включаемые в государственные гарантии с 1995 года, так и новые. Этот закон, вступивший в силу в 2006 году, модернизировал некоторые концепции, в частности, гарантии в сфере общественного здравоохранения. К одному из новшеств можно отнести рекомендации по введению согласованной процедуры пересмотра государственных гарантий, четко регулирующие механизмы и требования к медицинским услугам, включаемым в состав государственных гарантий. При этом акцент делался на роли оценки медицинских технологий и оценки экономической эффективности.

3. Распределение и выделение средств для исполнения региональными структурами полученных в результате децентрализации полномочий.

Пересмотренный в 2001 году закон о региональном финансировании стал первым правовым актом, регулирующим распределение средств, по которому были отменены целевые трансферты на здравоохранение, включая их в общую систему распределения (вместе с другими полномочиями, переданными

на региональный уровень). Однако, в системе были обнаружены некоторые недостатки, которые в соответствии с пересмотренной в 2009 году версией закона будут исправлены в общих бюджетах 2011 года. Нововведение предусматривает увеличение фискальной автономии регионов по сравнению с ранее использованной моделью, что приведет к увеличению доли частично перераспределяемых основных налогов до 50% (подходный налог, НДС) и налогов производителей до 58% (углеводороды, алкоголь, табак). Этот закон предусматривает механизмы повышения справедливости как по вертикали, так и по горизонтали: механизмы распределения предусматривают возможность выделения дотаций регионам с низким уровнем дохода для того, чтобы они могли оказывать медицинские услуги того же объема и качества, что и регионы с высоким уровнем дохода. Кроме того, были модифицированы критерии подушевого распределения, которые будут включать показатели по группам населения (население, эффективно защищенное системой здравоохранения. население по возрастным группам (школьного возраста, 65 лет и старше), а также будут использовать ранее учитываемые географические факторы.

4. Государственная информационная система, функционирующая на региональном и национальном уровнях и обеспечивающая прозрачность мониторинга деятельности и распределения ресурсов по стране.

План качества национальной системы здравоохранения предусматривает мероприятия, направленные на внедрение национальной информационной системы здравоохранения, создание единой идентификационной карты пациента, содержащей соответствующую клиническую информацию пациента, или единых электронных больничных карт для повсеместного использования, создавая тем самым базу для функционирования национальной системы здравоохранения в качестве единого страховщика, гарантирующего

пациентам преимущество медицинской помощи за пределами региона проживания.

Оценка системы здравоохранения

В соответствии с международными нормами, система здравоохранения в целом обладает высоким рейтингом благодаря достижению устойчивых положительных результатов по следующим параметрам деятельности:

- показатели состояния здоровья населения;
- охват населения, доступность и финансовая справедливость;
- положительные результаты деятельности системы здравоохранения, качество медицинской помощи и безопасность пациентов;
- удовлетворение запросов пациентов и соответствие системы принципам законности (по данным от населения, за исключением личной медицинской информации пациента и управления листами ожидания).

Эти успехи были достигнуты при относительно невысоких расходах (всего 8,5% ВВП, что ниже средневропейского показателя). В заключение можно отметить, что в целом испанцы достигают достаточно хорошего уровня ценности денег.

Хотя сравнение с другими странами помогает созданию целостного представления, в случае квазифедеральной страны, такой как Испания, важным является оценка деятельности системы здравоохранения в региональном разрезе. Так, с точки зрения географических различий в потреблении медицинской помощи и результатах, неоправданно варьируют показатели доступности и качества медицинской помощи, безопасности пациентов и эффективности не только по регионам, но в первую очередь по

медицинским округам и больницам. Например:

- показатель применения транслюминальной баллонной коронарной ангиопластики (ТБКА) варьирует по медицинским округам более чем в пять раз; несмотря на то, что в последнее время использование ТБКА выросло, данные различия по-прежнему имеют место. Таким образом, риск смерти после ТБКА может различаться в два раза в зависимости от больницы.
- также были проанализированы показатели необоснованности применения медицинских процедур; количество случаев простатэктомии (с учетом всех противоречивых данных по влиянию на уровень выживаемости при раке) постоянно растет, равно как и различие показателей по медицинским округам (в 7,7 раза); с другой стороны, все чаще необоснованно выполняется кесарево сечение, но различие этого показателя между больницами снижается в силу роста выполнения кесарева сечения во всех стационарах.
- показатели безопасности, такие как смертность в результате заболеваний, относящихся к клинко-статическим группам (КСГ) с низкой смертностью, пролежней, инфекций вследствие осложнений катетеризации, лёгочной тромбоэмболии и тромбоза глубоких вен после операции или послеоперационного сепсиса, варьируют по медицинским округам в пределах 2,2–4,5 раза.
- относительно управления хроническими заболеваниями, уровень предотвратимой госпитализации по поводу краткосрочных осложнений диабета может варьировать по медицинским округам в 12 раз, и эти различия со временем возрастают. Аналогично, уровень госпитализации в стационары краткосрочного лечения при аффективном психозе может различаться по медицинским округам в 28 раз.
- различия в показателях технической эффективности среди больниц (сгруппированных по размеру) являются значительными: в 26% больниц с коечной

мощностью 501–1000 коек показатель эффективности был, по меньшей мере, на 15% ниже принятой нормы. В то же время, в 12% больниц с коечной мощностью 201–500 коек, этот же показатель был на 25% ниже, чем стандарт для лечения аналогичных пациентов.

Помимо этих количественных доказательств, был проведен ряд качественных исследований, направленных на изучение мнения субъектов национальной системы здравоохранения об основных проблемах системы. Мнения различных групп (пациенты, медперсонал и руководители) совпали, и они отметили необходимость использования информации в качестве основы повышения уровня качества медицинской помощи, надежности и устойчивого развития системы здравоохранения.

Несмотря на то, что были предприняты важные меры в направлении развития технологической базы, информационная составляющая системы здравоохранения в Испании характеризуется отсутствием единой рамочной программы оценки деятельности. В действительности в первую очередь система фиксирует показатели ресурсов и деятельности (в ущерб показателям результатов), и взаимообмен данными в информационных системах здравоохранения как внутри, так и между регионами все еще ограничен. В результате систематическая оценка деятельности национальной системы здравоохранения сопряжена с определенными трудностями, вне зависимости от уровня дезагрегирования.