

Введение и историческая справка

Государственное устройство и современная политическая история

Впервые страна получила независимость в 1918 г. В 1940 г., в начале Второй мировой войны, присоединена к СССР. Независимость восстановлена в 1991 г. Эстония — парламентская республика. С 1992 г. каждые 4 года избирается парламент численностью 101 человек и образуется коалиционное правительство из представителей двух-трех партий. Хотя ни одна из этих коалиций не оставалась у власти в течение всего срока, они были достаточно устойчивы, чтобы начать и осуществить экономические и социальные реформы.

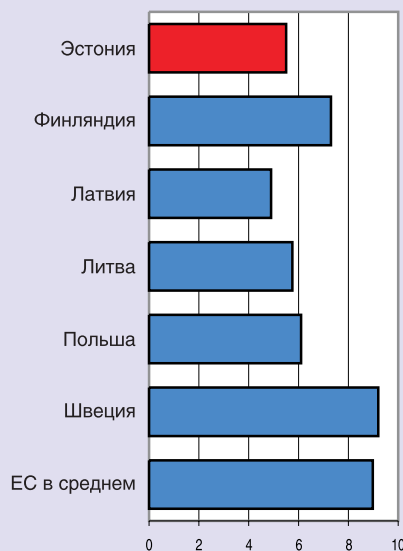
Население

Население Эстонии — 1 356 045 человек (на 1 января 2003 г.). Значительное по численности русское национальное меньшинство (26%) сосредоточено в городах северо-востока Эстонии. С 1989 г. из-за выезда населения из страны и отрицательного естественного прироста численность населения уменьшилась на 100 000 человек.

Средняя продолжительность жизни и детская смертность

С 1959 по 2000 г. продолжительность жизни увеличилась в среднем на 1 год у мужчин и почти на 4 года у женщин. Средняя продолжительность жизни снизилась по-

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



Источник: база данных «Здоровье для всех» Европейского регионального бюро ВОЗ, январь 2004 г.

сле политических и экономических событий начала 1990-х гг., но затем снова повысилась и к 2002 г. достигла 71 года. Продолжительность жизни у мужчин и женщин резко различается: 65 и 77 лет соответственно. Детская смертность в последние годы постоянно снижается: в 1995 г. она составляла 14,8‰, а в 2002 г. — 5,7‰.

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

Основные причины смерти

Сердечно-сосудистые заболевания — главная причина смерти (и одна из главных причин преждевременной смерти), последующие места в структуре смертности занимают онкологические заболевания и несчастные случаи. Особую тревогу вызывает ВИЧ-инфекция. В 2003 г. ВИЧ-инфицированными были 0,26% населения. Проведенные исследования свидетельствуют о том, что в 1990-х гг. имелись существенные различия заболеваемости и смертности в разных социально-экономических и национальных группах населения.

Современная история системы здравоохранения

Начиная с 1991 г. система здравоохранения подверглась двум главным преобразованиям: сначала децентрализации жестко централизованной, контролируемой государством системы, а затем переходу от финансирования из государственного бюджета к финансированию из средств социального страхования. В то же самое время постоянно повышалось внимание оказанию первичной медицинской помощи и здравоохранению в целом.

Реформы

Реформы последних лет заключались в пересмотре проведенной децентрализации и повторной централизации ряда служб здравоохранения, преобразовании Эстонского фонда медицинского страхования здоровья (ЭФМС) в независимую организацию, предоставлении юридического права для всех работников здравоохранения на частную практику (хотя большинство медицинских учреждений по-прежнему принадлежат государству или муниципалитетам) и усилиям по улучшению управления и повышению эффективности медицинского обслуживания.

Затраты на здравоохранение

Общие затраты на здравоохранение увеличились с 4,5% ВВП в 1992 г. до почти 6,0% в

середине 1990-х гг., затем снизились до 5,5% в 2000 г. Расходы на здравоохранение на душу населения в реальном исчислении увеличились с 209 долларов США в 1993 г. до 559 долларов в 2001 г. Доля государства в затратах на здравоохранение в конце 1990-х гг. уменьшилась: в 1997 г. она составляла 87,0%, а в 2002 — 76,3%.

Краткое содержание реферата

Система здравоохранения подверглась коренной перестройке в начале 1990-х гг. В ходе дальнейших преобразований были учтены уроки, полученные на начальном этапе. Эстонская система здравоохранения не была готова к столь решительной децентрализации, которая была проведена в начале реформ. В конце 1990-х гг. Министерство социального обеспечения сумело вновь взять на себя планирование здравоохранения в масштабах страны. Задачи сегодняшнего этапа реформ — повышение рентабельности, укрепление системы первичного медицинского обслуживания, придание ему диспетчерских полномочий, совершенствование оплаты медицинских услуг при сохранении доступности и равенства медицинского обслуживания.

Организационная структура и управление

Организационная структура системы здравоохранения

Разработка и реализация общей политики здравоохранения, включая общественное здравоохранение и контроль за качеством и доступностью медицинского обслуживания, реализуется через Министерство социального обеспечения и его агентства. Его главная функция заключается в регулировании. В настоящее время роль админист-

рации округов и муниципалитетов в деятельности здравоохранения ограничена.

В 2001 г. ЭФМС приобрел нынешний статус юридически независимой организации, заменившей Центральный больничный фонд и 17 региональных больничных фондов. ЭФМС выполняет функции агентства по снабжению, включающие заключение договоров по медицинскому обслуживанию, оплату медицинских услуг, возмещение затрат на лекарства, оплату больничных листов по болезни и отпусков по беременности и родам.

С 2002 г. предоставление медицинских услуг почти полностью децентрализовано. Поставщики медицинских услуг независимы. Услуги предоставляются только частнопрактикующими специалистами или учреждениями, имеющими право на частную деятельность (компании с ограниченной ответственностью, организации и частные предприятия). Большинство больниц является или компаниями с ограниченной ответственностью, принадлежащими муниципалитетам, или принадлежат фондам, созданным государством, муниципалитетами или другими государственными учреждениями. В этом смысле они находятся в собственности и управляются государственными структурами и работают с условием получения прибыли (компании с ограниченной ответственностью) или на некоммерческой основе. Амбулаторным больным большинство медицинских услуг предоставляется на частной основе. Все семейные врачи являются индивидуально практикующими специалистами или служащими частных компаний, деятельность которых ограничивается первичной медицинской помощью.

Планирование, регулирование и управление

Государственное планирование здравоохранения активизировалось в конце девяностых годов. Начиная с 2000 г. Министерство социального обеспечения осуществляет долгосрочное планирование специализированной медицинской помощи. ЭФМС претворяет в жизнь планы мини-

стерства путем заключения кратковременных договоров. Финансирование запланированной первичной медицинской помощи реализуется Министерством социального обеспечения на государственном и региональном уровнях. Планированию подготовки медицинских работников внимания уделяется сравнительно мало.

Децентрализация здравоохранения

Реформы начала 1990-х гг. привели к значительной децентрализации эстонского здравоохранения, что особенно примечательно, если учесть малочисленность населения страны. Планирование первичной и отчасти специализированной медицинской помощи было передано муниципалитетам. В окружных администрациях были созданы управления здравоохранения и должность окружного руководителя здравоохранения. В 1992 г. в округах и больших городах были созданы независимые фонды медицинского страхования. Вскоре, однако, стало ясно, что столь высокая степень децентрализации не оправдана.

В конце 1990-х гг. было принято три важных решения. Во-первых, общее планирование было вновь передано в центр под контроль Министерства социального обеспечения; соответственно, функции округов и муниципалитетов были ограничены. Во-вторых, такие организации, как ЭФМС и Инспекция по охране здоровья, ранее имевшие представительства в каждом округе, сократили их число, так что теперь на каждое представительство приходится по несколько округов. В-третьих, права и обязанности ЭФМС и поставщиков медицинских услуг были существенно расширены. Поставщики медицинских услуг получили юридический статус частных предпринимателей, то есть ответственность за их работу перешла от Министерства социального обеспечения и муниципалитетов к наблюдательным советам больниц.

Приватизация первичной медицинской помощи началась в 1998 г. и закончилась в 2002. В 2001 г. ЭФМС приобрел статус не-

зависимой организации и больше не подчиняется Министерству социального обеспечения.

Финансирование и затраты на здравоохранение

Финансирование здравоохранения

Начиная с 1992 г. главным источником финансирования здравоохранения были целевые налоги, собираемые с фонда заработной платы, в последние 5 лет они покрывали примерно 66% всех затрат на здравоохранение. В 2002 г. государственный бюджет, муниципальные бюджеты и частные источники финансирования покрывали соответственно 8,1, 2,5 и 23,7% всех затрат на здравоохранение.

Право на услуги, предоставляемые ЭФМС, имеют все постоянно проживающие в Эстонии, а также отдельные группы лиц, определенные законом. Работающие по найму и занятые индивидуальной трудовой деятельностью платят ЭФМС целевой налог с заработной платы; сбором этого налога занимается Налоговое агентство. Этот «социальный налог» идет не только на нужды здравоохранения, но и на пенсионный фонд. В зависимости от заработной платы наемного работника (или дохода лица, занятого индивидуальной трудовой деятельностью) его ставка может составлять 13 или 20%. На практике налог за работника платит наниматель, поэтому работник свободен от прямых выплат за медицинское страхование.

Отдельные группы лиц получают страховку за счет государственного бюджета; сюда относятся находящиеся в отпуске по уходу за маленькими детьми, безработные, состоящие на учете (сохраняют это право в течение 9 мес) и ухаживающие за тяжело больными. Государственные субсидии для этих групп определяются ежегодно после утверждения государственного бюджета.

Другие группы, включая детей, пенсионеров, инвалидов и студентов, имеют право на страховку без каких-либо индивидуальных или государственных субсидий.

Люди получают страховку по месту жительства и медицинского обслуживания. ЭФМС охватывает около 94% населения. Однако в четырех региональных филиалах охват страхованием не одинаков из-за разных социально-экономических условий, в частности из-за разного уровня безработицы. Кроме длительно безработных страховки в ЭФМС не имеют те, кто работает неофициально и не платит налога с заработной платы. Неотложная помощь незастрахованным оплачивается из государственного бюджета. На скорую помощь, а также на собственный (помимо ЭФМС) аппарат управления, расходуется большая часть бюджетных средств, которые государство выделяет на здравоохранение.

ЭФМС либо выплачивает страховку в денежной форме (18,5% расходов), либо обеспечивает медицинские услуги (81,5% расходов). Набор услуг, которые обеспечивает ЭФМС, очень широк. Исключения — такие как косметические операции, альтернативные методы лечения и медицинская оптика — весьма немногочисленны. Единственная область, где набор услуг был сужен, — это стоматология. С конца 2002 г. бесплатная стоматологическая помощь застрахованным заменена на денежную компенсацию (для лиц не старше 19 лет лечебные и профилактические стоматологические услуги по-прежнему оказывают бесплатно). В других областях набор услуг расширяется: с 2003 г. ЭФМС обеспечивает уход за хроническими больными, в том числе на дому.

За некоторые виды медицинских услуг, обеспечиваемых ЭФМС, больным приходится доплачивать. Новое законодательство дает медицинским учреждениям право взимать дополнительную фиксированную сумму за определенные услуги, такие как помощь на дому и консультации специалистов, а также за каждый день госпитализации. От этих доплат освобождены дети, беременные и больные в реанимационных отделениях. За некоторые услуги (экстра-

корпоральное оплодотворение, прерывание беременности) взимается не фиксированная сумма, а определенная доля стоимости, которая может достигать до 50%. Амбулаторные больные доплачивают за лекарственные средства и фиксированную сумму, и долю стоимости.

С 2002 г. установлены новые, более четкие правила расширения набора услуг и установления уровня доплаты. ЭФМС и Министерство социального обеспечения согласовывают набор услуг, после чего он должен быть утвержден правительством. При этом учитываются эффективность того или иного вмешательства, его рентабельность, соответствие национальной политике здравоохранения и наличие необходимых средств. Тем не менее скрытые ограничения доступа к медицинским услугам по-прежнему существуют, например в виде очередей на госпитализацию.

К прямым платежам населения относятся доплаты за некоторые услуги, предоставляемые ЭФМС (см. выше), полная оплата услуг, не входящих в набор ЭФМС, услуг медицинских работников, не имеющих договора с ЭФМС, а также выплаты из-под полы (в Эстонии это было и остается довольно редким явлением).

До 2002 г. добровольного медицинского страхования по сути дела не существовало: ЭФМС предоставлял достаточный набор услуг, очередей не было. Кроме того, участие в ЭФМС обязательно, а медицинское страхование, которое наниматели предлагают работникам, облагается 33-процентным налогом. В 2002 г. появилась компания, предлагающая добровольное страхование лицам, не застрахованным в ЭФМС, например неработающим женам застрахованных в ЭФМС. Набор услуг, которые она предоставляет значительно меньше, чем гарантирует ЭФМС.

Затраты на здравоохранение

Затраты на здравоохранение определяют не решением правительства затратить на его нужды определенный процент ВВП, а главным образом уровнем заработной платы, от которого зависят поступления в

ЭФМС, а также растущими затратами населения на лекарственные средства и стоматологическое лечение. В процентах от ВВП затраты на здравоохранение в Эстонии выше среднего уровня в бывших социалистических странах, а среди прибалтийских стран Эстония стоит по этому показателю на первом месте. Тем не менее он составляет только четверть от среднего в 15 странах, входивших в ЕС до мая 2004 г.

В течение 1990-х гг. доля государства в затратах на здравоохранение снизилась. Данные середины 1990-х гг. явно недоучитывали расходы населения; начиная с 1999 г. учет стал значительно полнее. Расходы населения растут; прежде всего за счет расходов на стоматологическое лечение и лекарственные средства, которые возмещаются ЭФМС лишь частично. Рост расходов обусловлен и введением доплат за медицинские услуги. В ближайшие годы доля населения в затратах на здравоохранение должна снизиться благодаря инвестициям финансовых учреждений ЕС и повышению доходов ЭФМС.

Медицинское обслуживание

Первичная медицинская помощь

Реформа первичной медицинской помощи началась в 1991 г. Первой задачей было сформировать семейную медицину как отдельную медицинскую специальность. На сегодня семейная медицина и специализированная амбулаторная помощь четко разграничены.

Семейные врачи обеспечивают диагностику и лечение распространенных заболеваний, санитарное просвещение и профилактику. Консультации большинства специалистов и плановые госпитализации проводятся только по направлению семейного врача (без такого направления можно попасть к окулисту, гинекологу, психиатру и стоматологу).

Каждый семейный врач наблюдает определенное число лиц. Человек может сме-

нить семейного врача в любое время, — при условии, что другой семейный врач согласен взять его под наблюдение. Исследования показали, среди тех, кто пользовался услугами семейного врача, 88% оценивают его работу как хорошую — это на 6% больше, чем в 1999 г. и на 9% больше, чем в 2001 г. Однако диспетчерские функции семейного врача (даже в их далеко не строгом виде) пока не встречают достаточного понимания. Доступность семейного врача удовлетворительная: 80% больных попадают на прием в день обращения, и только 7% ждут более 5 дней.

Общественное здравоохранение

Отдел общественного здравоохранения Министерства социального обеспечения отвечает за планирование государственной политики в области общественного здравоохранения, санитарное просвещение, профилактику, охрану окружающей среды и борьбу с инфекционными заболеваниями. Национальные программы общественного здравоохранения посвящены четырем ключевым проблемам общественного здравоохранения — ВИЧ-инфекции, туберкулезу, алкоголизму и наркомании, охране здоровья детей и подростков — и призваны способствовать исследованиям в этих областях. Эти программы финансируются из государственного бюджета, координируются Национальным институтом здоровья и осуществляются различными правительственными учреждениями. ЭФМС также финансирует некоторые государственные программы профилактики и раннего выявления заболеваний. Государственная санитарная инспекция отвечает за исполнение законодательства по защите здоровья, борьбу с инфекционными заболеваниями, эпидемиологический надзор на местном и государственном уровне, программы иммунизации, охрану окружающей среды и развитие информационных систем. Охраной труда занимается специальная организация — Инспекция по труду; координацию осуществляет Центр охраны труда, подчиненный Министерству социального обеспечения.

Специализированное медицинское обслуживание

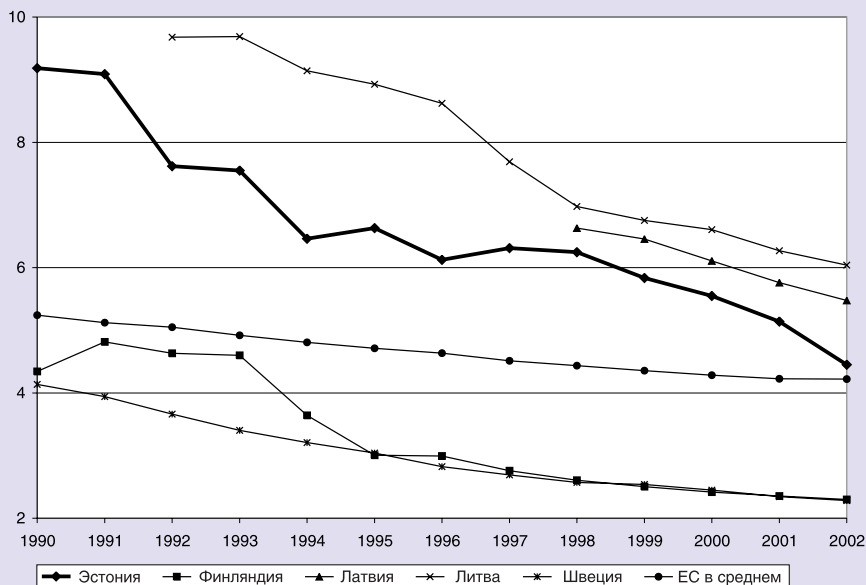
Специализированное медицинское обслуживание осуществляется амбулаторно и в стационарах. Амбулаторное специализированное обслуживание обеспечивается поликлиниками, медицинскими центрами, поликлиническими отделениями больниц и частнопрактикующими специалистами. Некоторые из них (особенно стоматологи, гинекологи, урологи, офтальмологи и отоларингологи) работают самостоятельно, однако большинство ведет прием в поликлинических отделениях больниц. В обоих случаях специалисты могут иметь договор с ЭФМС.

Стационарную медицинскую помощь оказывают в центральных, региональных и местных больницах, а также в некоторых специализированных больницах. Все больницы должны быть лицензированы Советом по здравоохранению и, в соответствии с законом, работать как акционерные компании или некоммерческие организации. Большинство больниц принадлежит муниципалитетам. Большинство частных больниц имеют узкую специализацию (гинекология, акушерство, кардиология), и только одна занимается общей терапией и хирургией. Больницы пользуются полной самостоятельностью в таких вопросах, как переоснащение, комплектование штата, заработная плата и получение ссуд от финансовых учреждений.

Показатели работы больниц улучшаются. Число коек и средняя продолжительность госпитализации сокращаются, в то время как число госпитализаций остается постоянным. Больницы стремятся и дальше увеличивать занятость койки и сокращать продолжительность госпитализации. Согласно рекомендации Министерства социального обеспечения, к 2015 г. количество больниц должно быть сокращено до 21, а число больничных коек — до 2 на 1000 населения.

Тем не менее недостатки сохраняются и среди них — длинные очереди на госпитализацию, обусловленные недостатком финансовых и материальных средств. В 2001 г.

Рисунок 2. Число больничных коек на 1000 населения в Эстонии и других странах в 1990—2003 г.



Источник: база данных «Здоровье для всех» Европейского регионального бюро ВОЗ, июнь 2004 г.

ЭФМС установил нормативные сроки для ожидания госпитализации и амбулаторных консультаций. В конце 1990-х гг. для улучшения качества медицинского обслуживания введены клинические нормативы; на сегодня их несколько менее ста. Большинство из них оторвано от повседневной практики и описывает работу абстрактной идеальной больницы.

ЭФМС совместно с представителями больниц разработал систему показателей для ежегодной оценки работы стационаров, но на сегодня эта система не нашла широкого применения.

По данным недавнего опроса, только 52% людей считает доступность медицинской помощи хорошей или удовлетворительной. Медицинским обслуживанием в

Таблица 1. Показатели работы больниц в странах Европейского региона ВОЗ в 2002 г.

Страна	Число больничных коек на 1000 населения	Число госпитализаций на 100 населения	Средняя продолжительность госпитализации, сутки	Средняя занятость койки, %
Финляндия	2,3	19,9	4,4	74,0
Швеция	2,3	15,1	6,4	77,5
Эстония	4,5	17,2	6,9	64,6
Латвия	5,5	18,0	—	—
Литва	6,0	21,7	8,2	73,8
В среднем по ЕС	4,2	18,1 ^a	7,0 ^a	77,1 ^a

Источник: база данных «Здоровье для всех» Европейского регионального бюро ВОЗ, июнь 2004 г.

^a В отсутствие данных за 2002 г. приведены данные за 2001 г.

целом довольны 56% опрошенных — это на 9% меньше, чем в 2001 г. В то же время среди тех, кто в течение года хотя бы раз воспользовался медицинскими услугами, 84% удовлетворены оказанием стационарной и 91% — амбулаторной специализированной медицинской помощи.

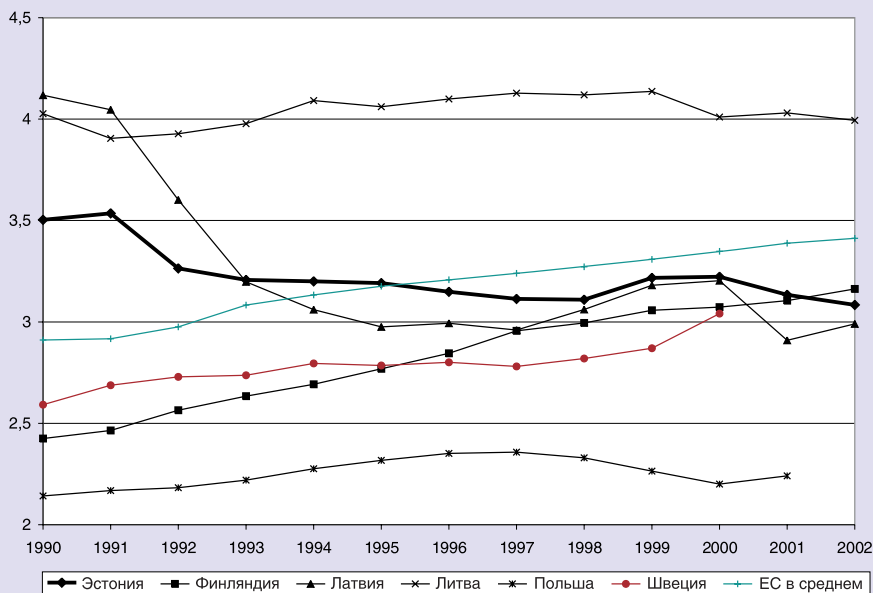
Социальная помощь

Социальную помощь предоставляют муниципалитеты, хотя финансируется она из государственного бюджета. Социальная помощь предоставляется в виде денежных пособий или услуг. Денежные пособия могут идти на повседневные нужды, оплату помощников по хозяйству и так далее. Услуги нуждающимся в уходе предоставляются главным образом в интернатах, хотя некоторые муниципалитеты теперь оказывают помощь на дому. Помощь психиатрическим больным оказывает государство, руководство и финансирование (за счет государственного бюджета) осуществляет Министерство социального обеспечения.

Медицинские работники и их обучение

В прошлом подготовкой медицинских работников пренебрегали, и сегодня Эстония страдает от их нехватки и низкой квалификации. После получения независимости в 1991 г., стремясь сэкономить средства, финансирование медицинских учреждений и вложения в медицинские кадры сокращали. В результате материальное положение медицинских работников и нравственный климат в их среде резко ухудшились. Предстоящее вступление в ЕС, обещающее свободу перемещения кадров, делает положение угрожающим. В течение 1990-х гг. число врачей снизилось на 24%; к 2010 г. ожидается снижение еще на 12%. Медицинских сестер не хватает, распределение специалистов по стране неравномерно. Нехватка медицинских сестер угрожает больничной реформе; Министерство социального обеспечения намерено расширить их подготовку, однако этому может помешать нехватка учебных заведений.

Рисунок 3. Число врачей на 1000 населения в Эстонии и других странах в 1990—2002 г.



Источник: база данных «Здоровье для всех» Европейского регионального бюро ВОЗ, июнь 2004 г.

Фармацевтика

Государственное агентство по лекарственным средствам полностью отвечает за контроль фармацевтической отрасли, а с 2000 г. оно ведет и медицинским оборудованием. Агентство выдает разрешения на продажу препаратов, (учитывая их качество, эффективность и безопасность) и на проведение клинических испытаний, а также контролирует рекламу лекарственных препаратов. Кроме того, вся деятельность в фармацевтической отрасли (производство лекарственных средств, оптовая и розничная продажа, импорт и экспорт, снабжение больниц) лицензируется специальным комитетом при Министерстве социального обеспечения.

Лекарственные средства, включенные в специальный список, оплачивает ЭФМС, однако в аптеках покупателям приходится доплачивать ту или иную сумму (см. выше). Действует система базовых цен. Недавнее предложение принять закон об обязательном использовании непатентованных средств встретило резкие возражения врачей и фармацевтов и первоначально было отвергнуто. В 2004 г. закон введен в действие в несколько более мягкой форме: врач должен выписывать непатентованные средства (то есть указывать в рецепте международное название), однако он может указать и торговое название — при условии, что письменно обоснует необходимость применения препарата именно этого производителя.

Распределение средств

Примерно 70% средств, расходуемых на здравоохранение, проходит через ЭФМС. Бюджет ЭФМС представляет собой долю социального налога, выделенную на нужды здравоохранения. ЭФМС распределяет средства между четырьмя региональными филиалами пропорционально численности населения в регионе; средства на первичное медицинское обслуживание выделяются отдельно с учетом возрастной структу-

ры населения. В распределении средств на другие виды медицинского обслуживания (специализированное медицинское обслуживание, интернаты для хронических больных, стоматология) филиалы относительно самостоятельны. Главная задача филиалов — заключение договоров с поставщиками медицинских услуг.

Доля государственного бюджета в финансировании здравоохранения составляет около 8%, эти средства расходует Министерство социального обеспечения.

Оплата стационарного лечения

Больницы получают плату в зависимости от стоимости и числа оказанных услуг в соответствии с договором с ЭФМС. Существует список услуг с указанием наибольшей допустимой цены; он включает около 1800 пунктов. Различают цены медицинского обслуживания и так называемые комплексные цены. Цена медицинского обслуживания складывается из цены дней госпитализации и цены проведенных процедур. Такой способ расчета с одной стороны поощряет проведение ненужных процедур, а с другой — заставляет всячески избегать госпитализации «невыгодных» больных. С конца 1990-х годов от него постепенно отказываются, переходя к оплате по числу леченных больных.

Комплексные цены применяются с 1998 г. Комплексная цена взимается за госпитализацию в целом, она применяется в случае тех хирургических заболеваний, которые обычно требуют стандартного набора процедур. Ее вклад в доходы больницы обычно невелик.

С 2004 г. началось внедрение системы оплаты по диагностическим группам.

Оплата труда медицинских работников

Врачи и медицинские сестры, занимающиеся первичным медицинским обслуживанием и заключившие договор с ЭФМС, получают зарплату, которая складывается из базовой ставки и надбавки, зависящей от числа наблюдаемых лиц и оказанных

услуг. Частнопрактикующие специалисты, работающие по договору с ЭФМС, получают плату за оказанные услуги, но не выше суммы, определенной в договоре. Врачи, работающие в больницах и фармацевты получают фиксированную зарплату.

Реформы здравоохранения

После получения независимости в 1991 г. Эстония решительно перестроила всю систему здравоохранения. В этом процессе можно выделить два этапа. Реформы первого, «взрывного», этапа ставили целью улучшить финансирование системы здравоохранения и заставить ее считаться с нуждами людей. Правительство наладило финансирование здравоохранения за счет специального налога, который собирался и объединялся Центральным больничным фондом. Функции покупателя и поставщика медицинских услуг были разделены.

На втором этапе реформы были направлены на повышение рентабельности и более полное удовлетворение интересов общества за счет более тщательного и гласного контроля за деятельностью медицинских учреждений и системы страхования. Реформы первичной медицинской помощи и больниц ставили задачей повысить их рентабельность и ответственность. Работа поставщиков медицинских услуг получила четкую правовую основу, они были поставлены перед необходимостью нести финансовый риск и отвечать за качество обслуживания. Одновременно правитель-

ство стремилось повысить свою роль в планировании и управлении и укрепить финансовое положение ЭФМС. В этот же период была реформирована система компенсации стоимости лекарственных средств, введена система базовых цен.

Таким образом, Эстонии удалось вполне успешно осуществить намеченные преобразования в области здравоохранения — как и преобразования в социальной, экономической и политической сфере. Трудности, которые возникли на пути реформ, не смогли существенно задержать их осуществления.

Заключение

Минувшие 13 лет стали свидетелями коренной перестройки системы здравоохранения, которая была вначале децентрализована, а затем вновь частично централизована. В последние годы позиции Министерства социального обеспечения укрепились, ему удалось наладить надежную систему медицинской помощи по всей стране. Реформы продолжаются: необходимо дальнейшее повышение рентабельности системы здравоохранения, необходимо заставить ее еще тщательнее прислушиваться к нуждам людей, не жертвуя доступностью и равенством медицинского обслуживания. Предстоит устранить такие недостатки, как сохраняющееся неравенство в состоянии здоровья разных социальных групп населения, побороть ВИЧ-инфекцию, улучшить контроль за работой больниц и повысить их ответственность, увеличить долю здравоохранения в ВВП.

Авторы обзора по Эстонии из серии «Системы здравоохранения: время перемен» — Марис Ессе (политический и финансовый аналитик, PRAXIS Center for Policy Studies), Ярно Хабикт (координатор ВОЗ, аспирант Тартусского университета), Айн Аавиксоо (студент Гарвардского университета, в прошлом — руководитель отдела общественного здравоохранения Министерства социального обеспечения), Агрис Коппел (директор Йыгевской больницы, аспирант Тартусского университета), Алар Ирс (руководитель департамента Государственного агентства по лекарственным средствам, лектор Ньюкаслского университета, Австралия) и Сара Томсон (Европейская обсерватория по системам и политике здравоохранения). Редактор — Сара Томсон. Научный руководитель — Элиас Моссиалос (Европейская обсерватория по системам и политике здравоохранения).

Европейская обсерватория по системам и политике здравоохранения благодарит Тоомаса Палу (старший советник по здравоохранению, Всемирный банк), Рауля Киивета (заместитель декана медицинского факультета Тартусского университета) и Катрин Салувере (заместитель советника по здравоохранению, Министерство социального обеспечения) за рецензирование документа.

Авторы обзора выражают признательность сотрудникам Министерства социального обеспечения и Эстонского фонда медицинского страхования за их помощь в предоставлении информации и высказывания своего мнения в отношении планов и современных политических сценариев эстонской системы здравоохранения.

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

Европейская обсерватория по системам здравоохранения — уникальный проект, объединяющий Европейское региональное бюро ВОЗ, правительства Бельгии, Греции, Испании, Норвегии, Финляндии и Швеции, Европейский инвестиционный банк, Институт «Открытое общество», Всемирный банк, Лондонскую школу экономических и политических наук и Лондонскую школу гигиены и тропической медицины. Цель этого сотрудничества — поддерживать и развивать научные обоснованные методы управления здравоохранением, разработанные в результате глубокого и всестороннего опыта разных европейских стран.