

Реферат обзора

Бельгия

Основные положения

Бельгия – федеративное государство с парла-ментской демократией. Управление страной осуществляется на трех административных уровнях: федеральном (федеральное правительство), региональном (три региона и три языковых сообщества) и местном (провинции и муниципалитеты).

Разработка политики в области здравоохранения находится в компетенции как федеральных, так и региональных властей (регионы и языковые сообщества). Федеральные власти ответственны за регулирование и финансирование системы обязательного медицинского страхования (ОМС), определение критериев аккредитации (т.е. минимальных стандартов работы стационаров), финансирование больниц и отделений реанимации и интенсивной терапии, разработку законодательства в области квалификации медицинских работников, регистрацию медикаментозных средств и контроль цен на них. Региональные власти ответственны за осуществление мероприятий по профилактике заболеваний и формированию здорового образа жизни, предоставление услуг в сфере материнства и детства, а также социальных услуг, различные аспекты работы служб на местном и поселенческом уровне, взаимодействие систем ПМСП и паллиативной помощи, внедрение стандартов аккредитации и определение дополнительных критериев аккредитации, а также финансирование инвестиций в стационарный сектор. В целях улучшения взаимодействия между федеральным и региональным уровнями управления системой здравоохранения регулярно проводятся межведомственные конференции.

По данным на 2008 год, население Бельгии составило 10,7 млн. человек. В 2007 году ожидаемая продолжительность жизни при рождении для женщин составила 82,6 лет, а для мужчин – 77,1 лет. Практически все население (более 99%) охвачено широким набором государственных гарантий предоставления медицинской помощи. С января 2008 года не существует разницы в программах обязательного медицинского страхования в рамках общей схемы страхования и схемы страхования для самозанятых, последняя стала включать в себя оплату малых рисков.

Система медицинского обслуживания строится на принципах свободы выбора врачом метода лечения, свободы выбора пациентов, и системе возмещения расходов, основанной на принципах оплаты за услуги.

Система обязательного медицинского страхования управляется Национальным институтом страхования здоровья и нетрудоспособности (NINDI-RIZIV-INAMI), который распределяет планируемые бюджеты больничным кассам на возмещение расходов на оказание медицинской помощи их застрахованным. Все жители, имеющие право на медицинское страхование, должны вступить или зарегистрироваться в больничной кассе либо в одной из шести национальных ассоциаций больничных касс, включая Фонд медицинского страхования Бельгийской железной дороги, либо в региональной службе государственного Фонда дополнительного страхования по болезни и нетрудоспособности. На частные коммерческие компании медицинского страхования приходится небольшая часть рынка добровольного медицинского

страхования. В прошлом, больничные кассы получали средства, необходимые для возмещения расходов на оказание помощи их застрахованным в полном объеме. С 1995 года они частично несут финансовую ответственность (25%) за превышение фактического объема расходов над выделяемым бюджетом, из которых 30% определяется в соответствии с нормативами выделения средств с учетом рисков.

Процесс принятия решений в бельгийской системе здравоохранения в основном проходит в виде переговоров между несколькими участниками сектора. Общие вопросы, связанные с медицинским страхованием и его бюджетом, решаются представителями правительства и больничных касс, а также представителей работодателей, наемных работников и самозанятых. Система медицинского страхования также регулируется национальными конвенциями и соглашениями между представителями поставщиков медицинских услуг и больничными кассами (например, определение тарифов оплаты медицинских услуг).

Бельгийская система здравоохранения основывается на принципах социального страхования, предусматривающего горизонтальную солидарность (здоровый платит за больного), вертикальную солидарность (в значительной степени зависит от трудовых доходов) и без отбора рисков. Финансирование в основном осуществляется за счет пропорциональных взносов на социальное страхование, связанных с подлежащими налогообложению доходами, и, в меньшей степени, за счет прогрессивного прямого налогообложения, а также за счет источников альтернативного финансирования, связанных с потреблением товаров и услуг (преимущественно НДС).

Бюджет здравоохранения привязан к законодательно устанавливаемой реальной норме роста (4,5% с 2004 года). В 2007 году общие расходы на здравоохранение составили 10,2% ВВП. Подушевые расходы, исчисляемые в долларах США по паритету покупательной способности, составляли в том же году 3595 долларов США. По этому

показателю Бельгия занимает шестое место среди стран ЕС-27.

В Бельгии пациенты участвуют в финансировании системы здравоохранения посредством уплаты официальных со-платежей и различных дополнительных выплат. Основным механизмом оплаты является оплата за услугу. Существует две системы оплаты: (1) прямые платежи (в основном за амбулаторную помощь), когда пациенты оплачивают полную стоимость услуги, а затем больничная касса частично возмещает эти расходы; (2) система оплаты плательщиками третьей стороны (в основном за лекарственные средства при амбулаторном и стационарном лечении), при которой больничная касса оплачивает услуги поставщиков напрямую, а пациент уплачивает со-платежи, дополнительные услуги или услуги, не включаемые в список возмещаемых услуг. Вместе с тем, система оплаты третьей стороной может применяться только при определенных условиях для оплаты амбулаторной помощи в целях увеличения финансовой доступности данного вида обслуживания для уязвимых групп населения.

Размер компенсации зависит от вида предоставляемых услуг, уровня дохода и социального статуса пациента (льготное возмещение или нет), равно как и от общей суммы со-платежей, уплаченной пациентом за год. В целях обеспечения доступности медицинской помощи для уязвимых групп населения был предпринят ряд мер (расширение применения льготных тарифов возмещения на группы населения с доходами, ниже устанавливаемого уровня – OMNIO, ограничение максимальной суммы оплачиваемых со-платежей – MAB и др.).

Значительная часть поставщиков финансируется на основе использования метода оплаты за услугу. Для медицинских работников, находящихся на окладе, уровень заработной платы и карьерный рост определяется по результатам серии коллективных соглашений. Число медицинских работников оставалось неизменным с 2000 года. Комитет по

планированию медицинских кадров занимается планированием всех кадров в отрасли, включая врачей и стоматологов. Комитет отвечает за разработку и внесение на рассмотрение федерального Министра здравоохранения годовой потребности в медицинских кадрах по их категориям в разрезе поселений, включая численность должностей, которые могут быть заняты специалистами с профессиональным статусом врача, стоматолога или физиотерапевта после получения соответствующего диплома. Механизм квотирования действует сразу же после окончания основного курса обучения, в момент подачи документов на получение статуса специалиста в таких категориях, как стоматолог или физиотерапевт, а также во время подачи документов на специализацию врача (например, врача общей практики или узкого специалиста). Для достижения уровня поставленных квот сообщества, ответственные за проведение политики в сфере образования, были вынуждены принять меры по введению контроля за количеством студентов. Кроме того, власти предприняли ряд мер, направленных на повышение престижа профессии врача общей практики и медсестры, повышение подотчетности поставщиков медицинских услуг, усиление ПМСП и усиление интеграции медицинских услуг и междисциплинарного подхода.

В Бельгии существует две категории больниц: общие и психиатрические. В 2008 году в стране насчитывалось 207 больниц, из которых 139 были общими и 68 психиатрическими. К больницам общего профиля относятся 112 больниц краткосрочного лечения, 19 специализированных и 8 гериатрических больниц. Главной отличительной особенностью финансирования бельгийских больниц является двойственная структура оплаты в зависимости от видов предоставляемых услуг: стоимость пребывания в стационаре, медсестринская помощь в отделениях ухода и выхаживания интенсивной терапии, операционная, а также стерилизация

финансируются из системы перспективно установленных бюджетов, в то время как медицинские услуги, поликлинические и медико-технические услуги (лаборатории, получение изображения с помощью рентгенографии, томографии и иных исследований и технические процедуры), а также парамедицинская помощь (физиотерапия) финансируются по принципу оплаты за услугу.

В качестве альтернативы госпитализации были введены стационарозамещающие услуги. К таковым относятся дневные стационары и центры оказания долговременной помощи. Отдельным категориям, таким как престарелые или люди, страдающие психическими расстройствами, в качестве альтернативы долговременной помощи в медико-социальных учреждениях предоставляется широкий спектр услуг на поселенческом уровне.

Медикаменты продаются только в муниципальных или в больничных аптеках. Рецептурные лекарства выписывают только врачи, а также стоматологи и акушеры (в рамках своих полномочий). В «позитивный» список лекарств входит порядка двух тысяч пятисот наименований фармацевтических препаратов, стоимость которых частично или полностью возмещается. Уровень возмещения стоимости приобретаемых лекарств зависит от терапевтической эффективности препарата. Правительством был предпринят ряд мер по сокращению расходов на медикаменты, в том числе дальнейшее снижение цен на медикаменты, включаемые в систему референтных цен, и введение квот на выпуск дешевых лекарств.

В целом, по недавним оценкам система здравоохранения Бельгии может быть охарактеризована как система, обеспечивающая хорошую доступность и адекватный уровень безопасности. Вместе с тем, деятельность всей системы можно

улучшить с помощью мер, направленных на повышение результативности профилактической помощи, обоснованности предоставления помощи, эффективности и устойчивости системы.

Проведенные в системе здравоохранения реформы ставят своей целью предоставление

высококачественной помощи всему населению, обеспечивая при этом устойчивость системы. Вероятнее всего будущие реформы также будут нацелены на обеспечение доступности, качества и устойчивости. Дальнейшие изменения будут также направлены на упрощение системы с тем, чтобы добиться ее большей однородности.