

Реферат обзора

Соединенное Королевство

Основные положения

Введение

Англия, вместе с Шотландией, Уэльсом и Северной Ирландией входит в состав Соединенного Королевства Великобритании и Северной Ирландии (Соединенное Королевство). В 2009 году в Англии проживало 51 809 700 жителей, что составляет 83,3% всего населения Соединенного Королевства. Соединенное Королевство является конституционной монархией. Законодательная власть принадлежит двухпалатному парламенту, состоящему из верхней и нижней палат. Палата Общин состоит из демократически избираемых членов парламента, представляющих интересы шестисот пятидесяти избирательных округов. Верхняя палата, имеющая в основном назначаемых членов – Палата Лордов – состоит из семисот сорока четырех членов. Выборы в Палату Общин проводятся, по крайней мере, раз в пять лет на основе мажоритарной избирательной системы. Главой государства является наследственный монарх: с 1952 года – королева Елизавета Вторая. Правительство возглавляет премьер-министр, который является лидером партии большинства в Палате Общин. Соединенное Королевство – одна из двадцати семи стран – членов Европейского Союза (ЕС). Англия состоит из трехсот пятидесяти четырех административных районов, управляемых региональными правительствами, известными как муниципальные власти или советы.

За последние десятилетия, как свидетельствует статистическая информация, состояние здоровья

населения улучшилось. С 1981 по 2008 год ожидаемая продолжительность жизни при рождении выросла для женщин на 5,1 лет и составила 82,1 лет, а для мужчин это показатель вырос на 6,9 лет и составил 78 лет. Более того, резко упал уровень смертности от таких основных классов заболеваний, как болезни органов дыхания (на 56% среди мужчин и на 30% среди женщин), онкологические заболевания (на 22% среди мужчин и на 10% среди женщин) и заболеваний системы кровообращения (на 64% среди женщин и мужчин). С 1976 года уровень младенческой и перинатальной смертности в Англии значительно снизился. В период с 1976 по 2008 год уровень младенческой смертности понизился с 14,2 до 4,7 смертей на 1000 новорожденных, а уровень перинатальной смертности – с 17,6 до 7,6 смертей на 1000 новорожденных. Однако с 1970–х годов отмечалось увеличение неравенства в состоянии здоровья между различными социально-экономическими группами. Например, в Англии и Уэльсе для людей, рожденных между 2002 и 2005 годом, была отмечена разница в показателях ожидаемой продолжительности жизни при рождении среди неквалифицированных и квалифицированных работников, которая составила 7,3 лет для мужчин и 7,0 лет для женщин.

Наибольшее распространение получили следующие группы болезней: заболевания системы кровообращения (на которые в 2009 году пришлось 33% смертей в Англии и Уэльсе), злокачественные новообразования, например, рак (28%), заболевания органов дыхания (14%), болезни органов пищеварения (5,1%) и инфекционные заболевания (1,2%). Наиболее злободневными вопросам здравоохранения

остаются: повышение уровня потребления алкоголя и рост смертности от заболеваний, вызываемых употреблением алкоголя, резкое увеличение числа случаев ожирения детей и взрослых, повсеместное курение (хотя отмечается тенденция к снижению). В 2008 году в Англии заядлыми курильщиками являлись 24% мужчин и 20% женщин.

Планирование и регулирование

Медицинское обслуживание в Англии предоставляется бесплатно в момент получения медицинской помощи. С 1948 года Национальная служба здравоохранения (НСЗ) предоставляет услуги профилактики, первичной медико-санитарной помощи (ПМСП) и специализированной помощи всем «проживающим» в Англии. Частным медицинским страхованием (ЧМС) пользуются 12% населения, получая доступ к ограниченным видам лечения в частных медицинских учреждениях.

Министр здравоохранения подотчетен парламенту и отвечает за государственный сектор здравоохранения. Министерство здравоохранения является центральным исполнительным органом, который разрабатывает и проводит политику НСЗ, общественного здравоохранения, социальной помощи взрослым и др. Основная функция министерства состоит в том, чтобы поддерживать действия правительства по улучшению состояния здоровья англичан. Кроме того, министерство разрабатывает общие стратегии и политику развития здравоохранения, а также подготавливает законодательные и регулирующие акты. Работа министерства осуществляется десятью региональными управлениями, которые отвечают за соблюдение стандартов качества предоставляемых услуг и работы местных служб здравоохранения на подведомственной им территории. Ответственность за оказание медицинских услуг на региональном уровне возлагается на 151 организацию ПМСП, преимущественно трасты ПМСП, на

каждый из которых приходится в среднем немногим больше трехсот сорока тысяч человек, определяемых по территориальному признаку. Начиная с 2005 года, врачам общей практики отводится важная роль в контрактации посредством развития контрактов на основе врачебных практик.

Деятельность сектора здравоохранения большей частью регулируется на основе саморегулирования, используя при этом ряд организаций. Больницы НСЗ постепенно получают большую независимость от министерства здравоохранения за счет преобразования в трастовые фонды, хотя они подлежат внешнему аудиту и инспекции, разработанным в 1999 году. Трасты ПМСП по-прежнему действуют в рамках целевого планирования, отражая их ответственность за использование государственных средств в целях удовлетворения потребностей приписного населения в медицинских услугах. Комиссия по обеспечению качества медицинской помощи регулирует деятельность сектора здравоохранения посредством регистрации, ежегодного инспектирования, мониторинга жалоб и их исполнения. Медицинские работники получили значительную степень автономии в регулировании их практики, благодаря работе профессиональных ассоциаций, однако за последние годы произошли существенные изменения, направленные на усиление надзора.

Финансирование

Система здравоохранения Англии в основном финансируется за счет государственных источников – общего налогообложения и взносов с заработной платы. Некоторые виды помощи финансируются за счет частных источников, используя систему частного медицинского страхования, некоторые за счет платы пациентов, разделения стоимости услуг или прямых платежей за получение медицинских услуг, оказанных производителями НСЗ или частными производителями.

За последние годы общие расходы на здравоохранение, исчисляемые в процентах от ВВП, значительно выросли: с 5,6% в 1980 году до 8,7% в 2008 году. Особенно быстрый рост этого показателя наблюдался в период 1997–2008 годов – с 6,6% до 8,8% от ВВП, соответственно, с 55,1 до 125,4 миллиардов фунтов стерлингов.

Центральное правительство выделяет государственные ассигнования Министерству здравоохранения, которое отвечает за дальнейшее распределение средств. С 1998 года бюджет Министерства здравоохранения, изначально определяемый на последующие три года, пересматривается и уточняется каждые два года по результатам переговоров с Министерством финансов в рамках Обзора расходов. Каждый год Министерство здравоохранения направляет порядка 80% всего бюджета НСЗ трастам ПМСП, используя взвешенную подушевую формулу. С 1999 года трасты ПМСП существенным образом изменили систему оплаты медицинских услуг, в особенности в больничном секторе, путем внедрения в 2003–2004 гг. финансирования на основе учета выполненных услуг, разработанную в Англии и известную как «оплата по результатам». Кроме того, к нововведениям можно отнести бонусную систему оплаты врачей общей практики и специалистов (врачей-консультантов), предполагающую выплату дополнительного вознаграждения за достижение определенных целей.

В 2009–2010 гг. из общих расходов НСЗ, составивших 99,8 млрд. фунтов стерлингов, на текущие расходы подведомственных НСЗ организаций (например, трасты НСЗ, врачи общей практики, стоматологи) пришлось 88,5 млрд. фунтов стерлингов (88,7%), на программы, финансируемые из национального бюджета (например, Присоединение к здоровью) – 9,7 млрд. фунтов стерлингов (9,7%), на индивидуальную социальную помощь – 1,5 млрд. фунтов стерлингов (1,5%), и на капитальные вложения – 5,5 млрд. фунтов стерлингов.

Несмотря на то, что медицинская помощь в рамках НСЗ оказывается бесплатно в момент ее получения, некоторые виды услуг либо не входят в набор бесплатных услуг и пациентам приходится оплачивать их из своих средств (прямые платежи), либо включены в набор, но оказываются на условиях разделения стоимости их оказания и требуют соплатежей граждан. Пациенты оплачивают в виде прямых платежей частное лечение в учреждениях НСЗ, безрецептурные лекарственные средства, офтальмологическую и социальную помощь. За стоматологическую помощь и рецептурные препараты, предоставляемые в рамках НСЗ, с пациентов взимаются соплатежи. Большую часть частных расходов граждан на здравоохранение составляют прямые платежи, из которых 41% приходится на безрецептурные медикаменты. В то же время плата пациентов за услуги, оказываемые в рамках НСЗ, в большей части состоит из соплатежей, составляя 13% всех видов платежей. В период с 1990 по 1997 год в Соединенном Королевстве подушевые частные расходы граждан на здравоохранение увеличились более чем на 100%, с 62 до 133 фунтов стерлингов, а в период с 1997 по 2008 год – всего до 230 фунтов стерлингов.

Предоставление медицинских услуг

Общественное здравоохранение в основном находится в компетенции Министерства здравоохранения. Главный медицинский инспектор совместно с девятью региональными группами общественного здравоохранения несет ответственность за охрану и улучшение здоровья населения.

Услуги ПМСП, финансируемые НСЗ, предоставляются в различных формах. Первой точкой контакта пациента с системой здравоохранения обычно являются неработающие по найму, самозанятые врачи общей практики и их практики, которые, как

правило, заключают контракты с трастами ПМСП, хотя иногда врачи общей практики могут иметь контракты с альтернативными поставщиками (например, частным сектором). В структуру ПМСП НСЗ входят медицинские службы на уровне поселений, «горячая» телефонная линия, центры неотложной помощи, принимающие больных без предварительной записи, а также стоматологи, оптики и фармацевты. Система ПМСП выполняет роль «привратника», определяя доступ к специализированной, часто стационарной, помощи.

Услуги вторичной помощи, финансируемые НСЗ, оказываются врачами – узкими специалистами (врачи-консультанты), находящимися на окладе, медсестрами и другими категориями персонала (например, физиотерапевтами и рентгенологами), работающими в государственных больницах (трастах НСЗ). Наравне с НСЗ также существует небольшой частный сектор медицинских услуг, который финансируется за счет частного страхования, прямых платежей, в некоторых случаях государственных средств в виде оплаты трастов ПМСП за оказанные услуги и средств Министерства здравоохранения. Частные производители в основном предоставляют определенные виды краткосрочного лечения. Для доступа к специализированной помощи НСЗ пациентам требуется направление врача общей практики. Больные также могут оплатить за собственный счет частную консультацию или получить направление к специалисту в рамках программы частного страхования, если они застрахованы по этому виду.

Помимо услуг вторичной помощи, трасты НСЗ также предоставляют услуги третичной помощи пациентам с более сложными или редкими заболеваниями. Эти трасты, как правило, также взаимодействуют с медицинскими университетами и учебными больницами и ведут научно-исследовательскую работу по своему профилю. Пациенты в большинстве случаев получают направление

в центр третичной помощи от специалиста вторичного звена, хотя в некоторых случаях направление может выписать и врач общей практики. Более того, большинство третичных центров также предоставляют некоторые виды медицинских услуг, финансируемые за счет частных источников.

Соединенное Королевство – один из крупнейших производителей фармацевтической продукции и занимает четвертое место в мире (по данным на 2007 год) по объему экспорта, уступая лишь Германии, Швейцарии и США. Вместе с тем, медикаментозная помощь является основным компонентом в расходах на здравоохранение Великобритании как в рамках НСЗ, где расходы составляют 10,8 млрд. фунтов стерлингов, так и в частном секторе: годовые расходы на медикаментозные средства в 2008 году в Великобритании составили 200 фунтов на душу населения, что в целом составляет 12,2 млрд. фунтов стерлингов.

Предоставление социальной помощи находится в компетенции ста пятидесяти двух советов социальной помощи взрослым. В структуре долговременной помощи произошли следующие изменения: организация предоставления долгосрочной помощи со временем переместилась с предоставления в организациях ухода за престарелыми к помощи, оказываемой на поселенческом уровне, со временем этот вид помощи стал все в большей степени оказываться в учреждениях частного или добровольного сектора, приходя на замену государственным учреждениям. Финансирование системы осуществляется за счет государственных (местные власти и советы) и частных источников (в основном за счет личных платежей граждан и незначительных средств, поступающих в рамках страховых схем).

Система охраны психического здоровья в Англии начиная с 1948 года видоизменялась,

перехода от принципов содержания больных в больничных учреждениях к принципам оказания помощи людям с психическими проблемами на уровне местных общин. В рамках системы услуги людям с психическими проблемами оказываются первичным звеном, службами на уровне поселения, которым оказывают поддержку учреждения специализированного стационара. В рамках НСЗ услуги предоставляются бесплатно. Травы ПМСП ответственны за заключение контрактов, а иногда и оказание психиатрической помощи прикрепленному населению.

Травы ПМСП в рамках системы НСЗ также несут ответственность за предоставление стоматологической помощи в географически определенных районах и должны обеспечить доступность этих услуг для любого человека, желающего ими воспользоваться. Несмотря на то, что пациенты имеют право на бесплатное лечение, они могут воспользоваться услугами частной и государственной клиники при лечении одного и того же случая.

Реформы системы здравоохранения и прогнозируемые трудности

Реформа, начатая в 1997 году, носила комплексный характер. Вместе с тем, некоторые основные черты английской системы НСЗ за это время не изменились. Система все еще напрямую зависит от общего налогообложения. Центральное правительство отвечает за доступность медицинской помощи. Несмотря на расширение сектора частных

поставщиков, государственный сектор по-прежнему является основным поставщиком услуг. Плановая госпитализация остается под контролем врача общей практики. Разделение функций покупателя и поставщика, впервые введенное в 1990-х годах, остается в силе, хотя структура самих закупок и оказываемых услуг организаций изменилась.

Наряду с тем, что, начиная с 2000 года, в систему НСЗ были вложены значительные финансовые средства, наиболее важными реформами, введенными в 1997 году, стали: введение системы оплаты стационаров по результатам, расширение использования услуг, оказываемых частными производителями, предоставление большей автономии управления больницам НСЗ посредством предоставления им статуса трастов, предоставление пациентам выбора стационара для получения отдельных видов помощи, новый вид контрактов для врачей общей практики, врачей-консультантов и стоматологов, создание Национального института медицинского и клинического мастерства (NICE) и расширение его полномочий по разработке всесторонних руководств для всех услуг, создание Комиссии по обеспечению качества медицинской помощи для регулирования деятельности производителей медицинских услуг и мониторинга качества медицинской помощи.

Как показал 2010 год, английская Национальная служба здравоохранения сталкивается с определенными проблемами, в особенности, в условиях значительных ограничений расходов, и новое правительство заявило о его намерении продолжать широкомасштабные реформы отрасли.