



# Реферат обзора

# Латвия

## Введение

### Государственный строй и новейшая политическая история

21 августа 1991 г. Латвия отделилась от СССР и стала парламентской республикой. Она управляется президентом, который назначает премьер-министра, и однопалатным парламентом (сеймом) из 100 депутатов.

### Население

В 2000 г. численность населения Латвии составляла около 2,35 миллиона человек, что на 10% меньше, чем в 1992 г. Столица Латвии — Рига, здесь проживает 856 000 человек. За время пребывания страны в составе СССР произошли значительные демографические изменения: массовые депортации латышей и приток русских и лиц других национальностей привели к тому, что доля латышей снизилась до 52% (к 1999 г. она увеличилась почти до 56%).

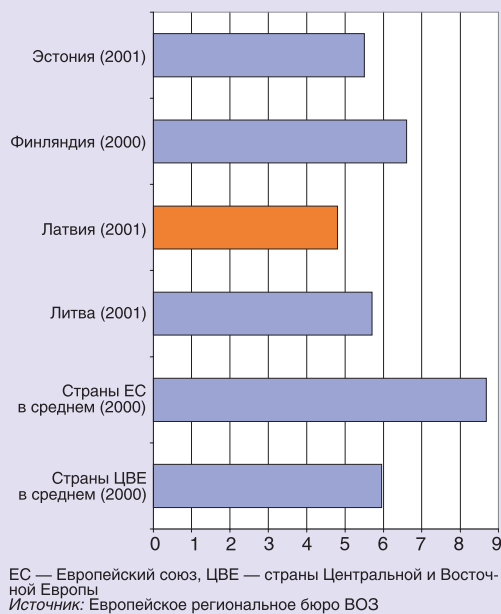
### Средняя продолжительность жизни

Средняя продолжительность жизни примерно такая же, как в других странах Восточной Европы; в 1999 г. она составила 64,75 года для мужчин и 75,44 года для женщин. Благодаря успешным реформам и укреплению экономики в последние годы продолжительность жизни растет.

### Основные причины смерти

Основные причины смерти — сердечно-сосудистые и онкологические заболевания и травмы. Детская смертность остается высокой, хотя в течение 1990-х годов она снизилась и в 1999 г. составила 11,3‰. Мате-

**Рисунок 1.** Объем финансирования здравоохранения (% ВВП) в Латвии и некоторых других странах



ринская смертность в 1990-е годы возрастала, достигнув 48,89 на 100 000 в 1998 г.; впоследствии она несколько снизилась.

### Новейшая история системы здравоохранения

Во время пребывания в составе СССР система здравоохранения строилась на прин-

Европейская обсерватория  
по системам здравоохранения,  
Европейское региональное бюро ВОЗ  
Адрес: Scherfigsvej 8 DK-2100 Copenhagen  
Телефон в Дании: +45 39 17 14 30  
Факс: +45 39 17 18 70  
Электронная почта: [observatory@who.dk](mailto:observatory@who.dk)  
Сайт в интернете: <http://www.observatory.dk>

ципах Семашко. После обретения независимости система управления здравоохранением несколько раз менялась. В 1994 г. были созданы страховые фонды, призванные дать дополнительные средства, однако основным источником средств остаются налоги. Реформы направлены главным образом на развитие первичной медицинской помощи.

## **Направления реформ**

Экономические преобразования в Латвии были более быстрыми и глубокими, чем в большинстве республик бывшего Советского Союза. Первичное и специализированное медицинское обслуживание было в основном передано местным органам власти. Реформы направлены на развитие первичной медицинской помощи, основанной на общей медицинской практике, и на совершенствование механизмов ее оплаты.

## **Финансирование здравоохранения и ВВП**

В 1999 г. объем финансирования здравоохранения составил 4,4% ВВП. В действительности здравоохранение получило несколько больше, поскольку расходы на частную медицину, которая в последнее время быстро развивается, здесь не учтены. С учетом частной медицины объем финансирования здравоохранения составил бы, вероятно, около 5% ВВП.

## **Краткое содержание реферата**

После обретения независимости система здравоохранения быстро преобразовывалась. Важную роль в этом процессе сыграла Латвийская медицинская ассоциация. Реформы должны были изменить систему финансирования, разделить поставщиков и покупателей медицинских услуг, распродать учреждения здравоохранения и в конечном счете повысить его экономиче-

скую эффективность. Успехи реформ налицо, однако есть и неблагоприятные последствия. Существующая система не отвечает требованиям социального равенства, а попытки улучшить качество наталкиваются на недостаток средств и невозможность закрыть несертифицированные учреждения.

## **Структура и управление**

В 1993 г. министерства здравоохранения, труда и социального обеспечения были объединены в Министерство социального обеспечения.

В 1993 г., после вступления в силу Закона о местном самоуправлении, финансирование и предоставление первичной и специализированной медицинской помощи было возложено на органы местного самоуправления. Высокоспециализированная медицинская помощь оставалась в ведении государства.

В 1997 г. финансирование было вновь централизовано, и у местных органов осталась только функция предоставления медицинской помощи. В это же время восемь региональным больничным фондам, образовавшимся в результате слияния 32 местных фондов, было поручено распределение государственных средств на здравоохранение.

В 1998 г. образовано Государственное агентство обязательного медицинского страхования, подчиняющееся Министерству социального обеспечения. Агентство получает средства из бюджета (он образуется за счет налогов) и распределяет их среди восьми региональных фондов, которые, в свою очередь, выделяют их на нужды первичной и специализированной медицинской помощи. Агентство также напрямую финансирует высокоспециализированную помощь и отдельные государственные программы в области здравоохранения.

Деньги, полученные от Агентства, региональные фонды используют для покуп-

ки медицинских услуг у медицинских учреждений на договорной основе.

Частный сектор образован как приватизированными (поликлиники, стоматологические кабинеты и почти все аптеки), так и вновь созданными медицинскими учреждениями; к последним относятся в первую очередь учреждения первичного медицинского обслуживания.

Предоставление медицинских услуг регулируется рядом официальных документов, включая законы «О медицинской помощи» (1997 г.) и «О врачебной практике» (1997 г.). Отдельный закон определяет обязательный набор медицинских услуг, оказываемых в рамках первичного и специализированного медицинского обслуживания.

Управление и нормирование в отдельных областях здравоохранения осуществляют отделы Министерства социального обеспечения и самостоятельные государственные учреждения, такие, как Агентство медицинской статистики и медицинской техники.

## Финансирование и затраты

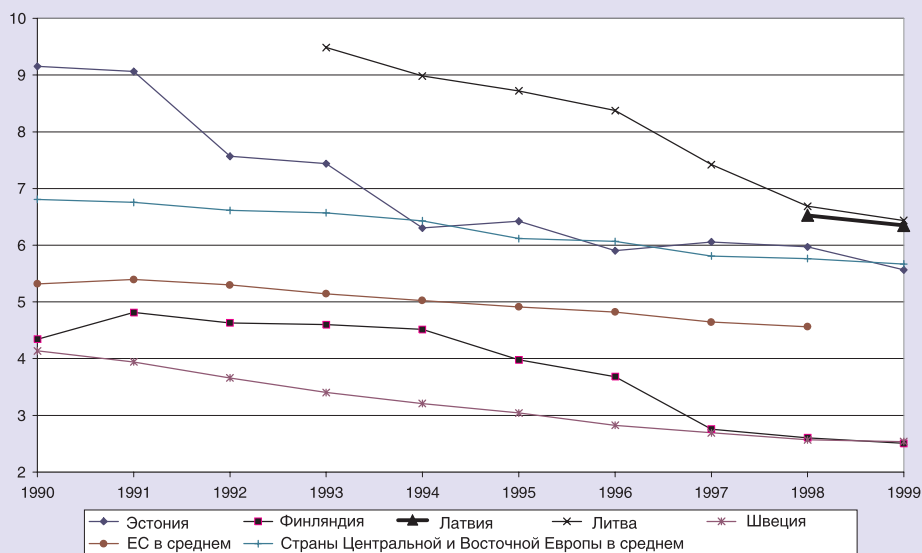
### Основные источники финансирования

Несмотря на то что в Латвии создана система обязательного медицинского страхования (в нее входят центральный фонд и районные отделения), здравоохранение по-прежнему финансируется за счет налогов. Средства здравоохранения складываются из доли подоходного налога (на здравоохранение идет 28,4%), доли от общих доходов бюджета (которые тоже образуются из налогов) и платы, взимаемой с больных.

### Дополнительные источники финансирования

Размеры наличных платежей по разным данным сильно различаются — от 7—10% всех затрат по данным Министерства со-

**Рисунок 2.** Число больничных коек на 1000 населения в Латвии, некоторых других странах и в ЕС и странах Центральной и Восточной Европы в среднем



ЕС — Европейский союз

Источник: Европейское региональное бюро ВОЗ, база данных «Здоровье для всех»

циального обеспечения до 39% по данным доклада ВОЗ (2000 г.).

С июля 1995 г. больные должны были оплачивать 25% стоимости медицинского обслуживания из перечня «Программы основной помощи». В 1997 г. эта доля была снижена до 20% из-за низкой платежеспособности населения. Амбулаторные больные (кроме отдельных групп населения) полностью платят за лекарственные средства. Кроме того, в медицинских учреждениях нередко приходится платить довольно значительные суммы из-под полы.

### Набор медицинских услуг

Все граждане Латвии имеют право на оплаченную государством медицинскую помощь. Объем этой помощи с 1994 г. определяется ежегодно специальным постановлением кабинета министров. Сюда входит неотложная помощь, лечение острых и хронических заболеваний, профилактика и лечение инфекционных, в том числе венери-

ческих заболеваний; акушерская помощь, вакцинация и лекарственные средства. Стomatологическая помощь бесплатно предоставляется только лицам не старше 18 лет.

### Затраты на здравоохранение

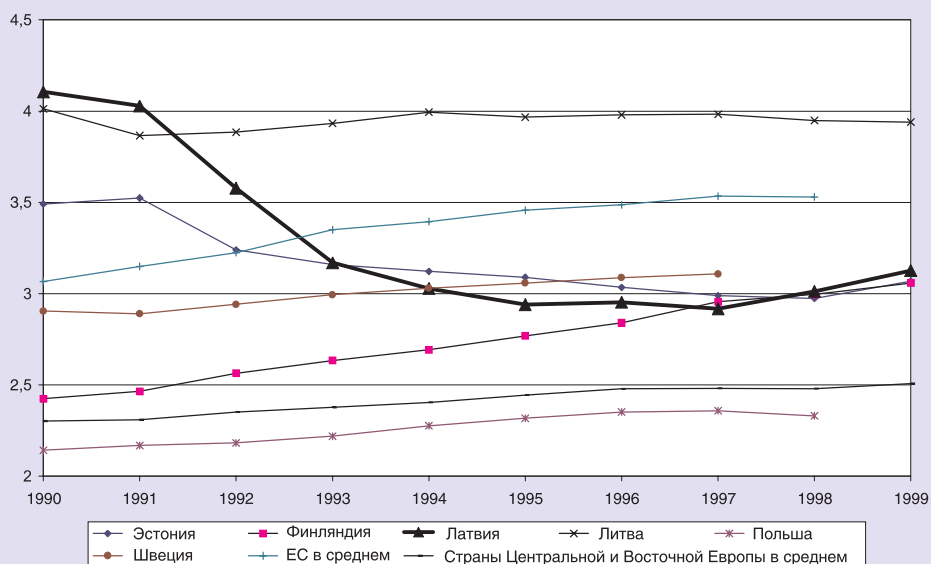
С учетом частного сектора на здравоохранение тратится немного больше 5% ВВП. Это значительно меньше, чем в среднем в странах Европейского сообщества, а также чем в странах Центральной и Восточной Европы.

## Медицинское обслуживание

### Первичное медицинское обслуживание

До 1990 г. первичную медицинскую помощь городское население получало в по-

**Рисунок 3.** Число врачей на 1000 населения в Латвии, некоторых других странах и в ЕС и странах Центральной и Восточной Европы в среднем



ЕС — Европейский союз

Источник: Европейское региональное бюро ВОЗ, база данных «Здоровье для всех»

ликлиниках. На селе ее обеспечивали медпункты, в которых работал врач, медицинская сестра или фельдшер.

В 1992 г. Министерство социального обеспечения запланировало переход к единой системе первичной медицинской помощи, состоящей из «частных практик». Каждую такую практику должен вести один врач (желательно — врач общей практики) или группа врачей и их помощники. Внедрение этой системы далеко до завершения. Пока что больные могут обращаться в самые разные учреждения — поликлиники, больничные отделения неотложной помощи, медпункты и так далее.

В 1991 г. была утверждена специальность врача общей практики. В 1992 г. открылись курсы, на которых врачи могли получить эту специальность. С тех пор число специалистов быстро увеличивается.

Укрепить первичное медицинское обслуживание призвана новая система финансирования. Теперь врач получает некоторую сумму, которая зависит от численности обслуживаемого населения. Из этой суммы он оплачивает все, что необходимо ему для работы (например, труд медсестер), и частично работу специалистов, к которым он направляет больных. Оставшееся представляет собой его доход. Система способствует тому, чтобы как можно больше услуг было оказано в рамках первичного медицинского обслуживания, однако вызывает недовольство больных, которые считают, что их лишили квалифицированной медицинской помощи.

В становлении первичной медицинской помощи есть и другие трудности. Организация частных практик идет с трудом, законодательство в этой области не разработано. Не налажено взаимодействие первичного и специализированного обслуживания. Многим врачам не хватает квалификации, чтобы организовать частную практику. Плохо поставлено медицинское обслуживание на селе.

## **Общественное здравоохранение**

За санитарное просвещение отвечает Центр санитарного просвещения в составе Отдела

охраны окружающей среды Министерства социального обеспечения.

Противоинфекционной работой руководит Латвийский Центр инфекционных заболеваний и Государственный Центр кожно-венерологических заболеваний. Надзор за профессиональными заболеваниями ведет Центр профессиональных заболеваний и радиационной медицины.

За иммунизацию отвечают врачи общей практики и школьные врачи. Врачи общей практики занимаются также санитарным просвещением и профилактикой (например, взятие мазков с шейки матки).

Для санитарного наблюдения за состоянием окружающей среды в 1997 г. создана Государственная санитарная инспекция.

Существует семь центров здоровья молодежи, которые занимаются половым воспитанием и просвещением.

Работе служб общественного здравоохранения мешает недостаточная координация на государственном уровне. Это приводит к тому, что различные учреждения часто пытаются решить уже решенные задачи.

## **Специализированное медицинское обслуживание**

В Латвии существует три типа больниц: государственные (подчинены Министерству социального обеспечения), муниципальные и частные. Государственных и муниципальных больниц примерно поровну, частных очень мало. Все специализированные больницы расположены в Риге.

Больницы обычно имеют статус некоммерческих организаций или акционерных обществ, часто принадлежащих сотрудникам. Решения директора больницы должны быть утверждены больничным фондом, с которым у нее заключен договор. Директор (главный врач) муниципальной больницы организует ее работу в соответствии с планом местных властей по развитию здравоохранения.

В 1997 г. началась сертификация амбулаторных и клинических учреждений здравоохранения.

С 1991 по 1999 г. число коек уменьшилось на 40%, а в пересчете на 1000 население

ния — с 13,6 до 8,9. Сокращение произошло главным образом за счет муниципальных больниц, где число коек сократилось более чем вдвое (на 53%).

Число госпитализаций за этот период оставалось постоянным, около 21—22 на 100 населения в год. Средняя продолжительность госпитализации снизилась с 17,4 дня в 1991 г. до 11,8 дня в 1999 г., что свидетельствует о более рациональном использовании ресурсов.

Благодаря новым методам финансирования экономическая эффективность работы больниц повысилась.

В работе специализированных медицинских учреждений есть ряд недостатков. Они по-прежнему используются для оказания первичной и медико-социальной помощи. Недостаток финансирования не позволяет закупать новое оборудование и затрудняет сертификацию учреждений. Учреждения излишне сконцентрированы в крупных городах (это не столь существенно, поскольку страна невелика).

## **Медико-социальная помощь**

За медико-социальную помощь отвечает один из отделов Министерства социального обеспечения. К учреждениям медико-социальной помощи относятся дома престарелых, интернаты для инвалидов, детские дома, учреждения, оказывающие помощь на дому, и дневные стационары.

Всего в стране действует 131 такое учреждение, общее число коек составляет 11 792. Количество домов престарелых увеличилось с 42 в 1994 г. до 62 в 1998 г. Часть из них принадлежит государству, часть — муниципалитетам.

Число детей в детских домах за последние годы существенно возросло — с 1183 в 1990 г. до 3138 в 1998 г. В стране в 1998 г. было 6 государственных и 49 муниципальных детских домов. Есть четыре интерната для детей-инвалидов; в Риге и Кулдиге работают дневные стационары для умственно отсталых детей. Это новая форма социальной помощи в Латвии, она финансируется государством и местными органами управления. Помощь женщинам и детям оказы-

вают некоторые благотворительные организации.

Доступность медико-социальной помощи удовлетворительная, хотя из-за низких зарплат персонала и плохого состояния помещений и оборудования качество работы оставляет желать лучшего.

## **Медицинские кадры и обучение медицинских работников**

С начала 90-х годов число врачей в Латвии снизилось с 4,0 до 3,1 на 1000 населения. Снизилось и число стоматологов, медсестер (с 8,2 до 5,2 на 1000 населения) и акушерок. Это результат сокращения числа больниц, низкой оплаты труда и падения престижа медицинской профессии. Отношение числа медсестер к числу врачей низкое, что отрицательно сказывается на качестве первичной медицинской помощи.

Медицинских работников готовят в Латвийской медицинской академии, подчиняющейся Министерству социального обеспечения, и на медицинском факультете Латвийского университета.

До недавнего времени подготовку медсестер проводили по четырехлетней программе после окончания 9 класса школы. Теперь их готовят по трехлетней программе, но после 12 лет обучения в школе. Кроме того, на четырехлетних курсах Латвийской медицинской академии готовят медсестер для работы в качестве старших сестер больниц и в специализированных отделениях.

## **Лекарственные средства**

Хотя Латвия располагает развитой фармацевтической промышленностью, ее политика в области лекарственного обеспечения ставит на первое место безопасность и качество, а не поддержку местного производства.

Деятельность фармацевтической отрасли регулируется законом «О лекарственных средствах» (принят в 1993 г., дополнен в 1998 и 2000 гг.), призванным обеспечить безопасность и эффективность препаратов.

В 1996 г. было образовано Государственное агентство по лекарственным средствам. В его ведении — государственный регистр лекарственных средств, надзор за качеством, распространением, импортом и экспортом лекарственных средств.

Работу аптек (большинство из которых частные) контролирует Государственная фармацевтическая инспекция.

В 1998 г. было создано Агентство по ценам и компенсациям в фармацевтике, его задача — реформировать систему компенсаций за лекарственные средства в соответствии с требованиями Европейского союза. Агентство разработало базовый перечень лекарственных средств. Цены на препараты, включенные в перечень, устанавливаются производителями по согласованию с Агентством. Цены на остальные препараты производители устанавливают самостоятельно (к этой цене затем прибавляется оптовая и розничная наценка).

В настоящее время снабжение лекарственными средствами не обеспечивает потребности населения и больниц. Больницы снабжаются недостаточно. Людям многие препараты не по средствам. Компенсировать покупки всех препаратов из базового перечня бюджет не в состоянии.

## Распределение средств

Бюджет здравоохранения ежегодно определяется парламентом и правительством. В 1999 г. он составил 9% общего бюджета.

С 1997 г. бюджетом здравоохранения распоряжается Агентство обязательного медицинского страхования. Вместе с восемью региональными больничными фондами оно определяет потребности на основании бюджета предыдущего года и направляет запрос в Министерство социального обеспечения. Затем этот запрос передается в Министерство финансов и Кабинет министров. Далее проект бюджета представляют на утверждение парламента. После утверждения средства поступают государственному Агентству обя-

зательного медицинского страхования, которое распределяет их по региональным фондам в соответствии с численностью и возрастной структурой населения.

## Финансирование больниц

В 1994 г. финансирование «от достигнутого» заменили оплатой за оказанные услуги. Объем и стоимость услуг определяются договором между больницей и страховым фондом.

Оплата работы больниц зависит от состава больных (они распределяются по 64 диагностическим группам), числа койко-дней и объема оказанных услуг (оценивается по балльной системе; если сумма баллов превышает определенное число, выплачивается надбавка). Больницы могут взимать плату за дополнительные удобства и консультации, которые не оплачивает фонд.

## Оплата труда врачей

В середине 1990-х годов врачам амбулаторий стали платить по фактически оказанным услугам (на западе страны платили по численности обслуживаемого населения). Врачам в больницах платили постоянную зарплату и надбавку за манипуляции сверх определенного минимума.

Сейчас эта система заменяется на комбинированную оплату, зависящую от численности обслуживаемого населения. Врач общей практики получает сумму, зависящую от численности и возрастной структуры обслуживаемого населения. Часть этой суммы идет ему, а часть — в фонд, из которого оплачивается работа среднего медицинского персонала, консультации специалистов и сертификация врачей. Этот же фонд используется для доплат врачам, которые работают в малонаселенной местности. Работа специалистов, к которым больные попадают минуя врача общей практики, оплачивается из других средств.

Новая система должна способствовать развитию первичного медицинского обслуживания, упрочить главенствующее по-

ложение врача общей практики в системе здравоохранения.

## Реформы здравоохранения

### Заключение

Реформа латвийского здравоохранения была вызвана к жизни несовместимостью между старой системой — с ее жесткой централизацией и упором на стационары — и рыночной экономикой. Основными задачами реформ стали децентрализация, передача большей части медицинских учреждений местным властям, создание системы финансирования, способствующей развитию первичной медицинской помощи, и повышение качества и экономической эффективности использования ресурсов.

В осуществлении реформ немало трудностей. Новая система оплаты врачей общей

практики не лишена недостатков. Медленно идет сертификация медицинских учреждений и разработка законодательства о здравоохранении. Введение платных услуг и общая слабость материальной базы снижает доступность медицинской помощи.

Большую роль в латвийских реформах сыграло желание расстаться с несостоятельной системой, унаследованной от Советского Союза, и вернуться к положению, которое существовало в короткий период независимости между двумя мировыми войнами. Хотя достигнуто немало, планирование и осуществление реформ оставляет желать лучшего. Из-за экономической нестабильности здравоохранение получает слишком мало средств. Политическая жизнь страны также изменчива. Тем не менее реформы поддерживаются всеми политическими партиями, и в этом залог их продолжения. В будущем положительную роль должны сыграть укрепление экономики и общее повышение благосостояния.

**Таблица 1.** Показатели работы больниц в странах Европы

Страна	Число больничных коек на 1000 населения	Число госпитализаций на 100 населения	Средняя продолжительность госпитализации, дни	Средняя занятость койки, %
Финляндия	2,4	19,7	4,4	74,0
Швеция	2,4 <sup>а</sup>	14,9	4,9	77,5
Эстония	5,1	17,9	6,9	62,3
Латвия	5,8	18,6	—	—
Литва	6,3	21,7	8,0	76,3
Страны ЕС в среднем	4,1 <sup>а</sup>	18,9 <sup>б</sup>	7,7 <sup>б</sup>	77,4 <sup>б</sup>
Страны ЦВЕ в среднем	5,4	17,8	8,3	72,3

ЕС — Европейский союз, ЦВЕ — Центральная и Восточная Европа

В отсутствие данных за 2000 г. приведены самые свежие данные: <sup>а</sup> 2000, <sup>б</sup> 1999, <sup>в</sup> 1998.

Источник: база данных программы «Здоровье для всех» Европейского регионального бюро ВОЗ.





Авторы обзора системы здравоохранения Латвии — Яутрите Караскевича с коллегами (Агентство статистики здравоохранения и медицинской техники, Латвия) и Элли Трагакес (Европейская обсерватория по системам здравоохранения). Выражаем признательность за помощь Дайне Биезайте (Бюро ВОЗ по координации и связям, Латвия), а также Милде Бистер, Гиртсу Бригису (Латвийская медицинская академия), Айнарс Гивсу, Айгарсу Миезитису (Министерство социального обеспечения, Латвия), Эгите Кикусте, Ренате Пупеле (Рижский региональный страховой фонд) и Эвите Зусмане (страховой фонд Зимелауструму).

В обзоре использованы данные Барбы Тузика и Маргариты Корзане (Агентство статистики здравоохранения и медицинской техники), а также предыдущее издание 1996 г. (составитель — Лева Марга, Министерство социального обеспечения, Латвия) под редакцией Тома Маршалла.

Европейская обсерватория по системам здравоохранения благодарит Гиртса Бригиса (Латвийская медицинская академия), Айнарс Гивса (Министерство социального обеспечения, Латвия), Тоомаса Палу (Всемирный банк) и Айгу Руране (Бюро ВОЗ по координации и связям, Латвия) за рецензирование обзора. Мы также благодарим за поддержку Министерство социального обеспечения и Агентство обязательного медицинского страхования.

Полный текст обзора можно найти на сайте [www.observatory.dk](http://www.observatory.dk).

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.

Европейская обсерватория по системам здравоохранения — уникальная организация, в которой сотрудничают Европейское региональное бюро ВОЗ, правительства Греции, Норвегии и Испании, Европейский инвестиционный банк, Институт «Открытое общество», Всемирный банк, Лондонская школа экономических и политических наук, Лондонская школа гигиены и тропической медицины. Цель этого сотрудничества — поддерживать и развивать научно обоснованные методы управления здравоохранением, разработанные на основе глубокого и всестороннего изучения опыта разных европейских стран.