

Реферат обзора

Швеция

Введение

Государственный строй и новейшая политическая история

Швеция — конституционная монархия с парламентской формой правления.

Центральный орган власти — парламент, региональные органы власти — 21 ландстинг, местные органы власти — 289 муниципалитетов. На всех трех уровнях органы власти формируются на основе демократических выборов.

Население

В 1999 г. численность населения составляла 8,9 млн человек. Плотность населения неравномерна: 84% проживает в городах.

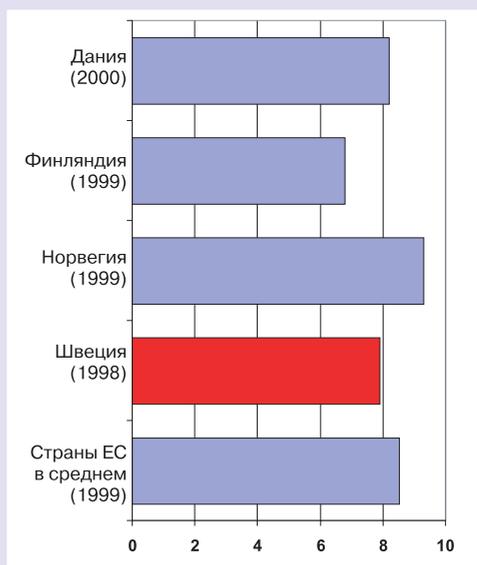
Средняя продолжительность жизни

Средняя продолжительность жизни — одна из самых высоких в Европе: 77,5 года для мужчин, 81,1 года для женщин (данные за 2000 г.), причем этот показатель заметно возрос в 1990-е гг. Доля пожилых в структуре населения — одна из самых высоких в мире: лица в возрасте 65 лет и старше составляют почти пятую часть.

Основные причины смерти

Несмотря на то что смертность от сердечно-сосудистых заболеваний снижается, они по-прежнему остаются самой частой причиной смерти (50% умерших в 1998 г.). На втором месте — злокачественные новообразования (25% умерших мужчин и 22% умерших женщин в 1998 г.). С 1987 по 1997 г. возросла смертность от психических заболеваний, болезней нервной системы, глаз и уха.

Рисунок 1. Объем финансирования здравоохранения (% ВВП) в Швеции, некоторых других странах и в среднем в странах ЕС



ЕС — Европейский союз

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

Новейшая история здравоохранения

Основы современной системы здравоохранения Швеции были заложены в 1882 г. с

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
Сайт в интернете: <http://www.observatory.dk>

учреждением ландстингов. С 1928 г. ландстинги стали отвечать за организацию стационарной медицинской помощи, а с 1930-х гг. — и за работу других медицинских служб. Первый шаг на пути ко всеобщему медицинскому страхованию, покрывающему затраты на консультации врача и лекарственные средства и обеспечивающему выплату пособий по болезни, был предпринят в 1946 г. с принятием государственного закона о медицинском страховании. В послевоенные годы началось бурное развитие здравоохранения, особенно больниц.

С 1970 г. амбулаторные службы при государственных больницах перешли в ведение ландстингов. В 1980-е гг. последним были постепенно переданы полномочия по планированию в сфере здравоохранения.

Финансирование здравоохранения и ВВП

В 1998 г. объем финансирования шведского здравоохранения составлял 8,4% ВВП — это несколько меньше, чем в среднем в странах Европейского союза (8,6%). На частный сектор в 1999 г. приходилось 16,2% всех затрат на здравоохранение. Затраты на душу населения в 1998 г. составили 1746 долларов США, что тоже немного ниже среднего показателя по странам Европейского союза; это связано с общим снижением расходов в 1990-е гг.

Краткое содержание реферата

Под давлением экономических условий система здравоохранения Швеции подверглась значительным структурным преобразованиям: в конце 1980-х гг. начались реформы на рынке медицинских услуг; в 1992 г. дома престарелых перешли в ведение муниципалитетов. Нововведения позволили усовершенствовать организацию и управление в здравоохранении, но столкнулись с рядом непредвиденных трудно-

стей, таких, как несогласованность действий, недостаточная централизация, чрезмерные операционные издержки, нехватка ресурсов у муниципалитетов. Преодоление этих трудностей, наряду с другими задачами, стало целью начавшегося в конце 1990-х гг. второго этапа реформ.

Структура здравоохранения

Здравоохранение Швеции построено по административно-территориальному принципу и находится под общественным контролем. В его структуре выделяют три уровня — центральный, региональный и местный.

Центральный уровень

Основные обязанности Министерства здравоохранения и социального обеспечения — следить за тем, чтобы деятельность системы здравоохранения была эффективной и соответствовала поставленным задачам. Главный консультативный и контролирующий орган в этой сфере — Государственный совет по здравоохранению и социальному обеспечению. Под надзором Государственного совета находятся все медицинские работники; в случае необходимости взыскания на них налагает Совет по профессиональной ответственности медицинских работников.

Помимо министерства и Государственного совета действует еще ряд центральных органов управления здравоохранением: Управление по лекарственным средствам следит за качеством, использованием и экономической эффективностью лекарственных средств; Государственный институт общественного здоровья отвечает за профилактику и укрепление здоровья населения; государственная фармацевтическая корпорация Apoteket AB, которой принадлежат все аптеки, снабжает лекарственными средствами всю страну; Государственный совет по социальному стра-

хованию обеспечивает общедоступность и качество медицинского страхования, выплату страховых пособий и компенсаций; Федерация ландстингов представляет интересы региональных органов власти на центральном уровне.

Региональный уровень

Ландстинги отвечают за организацию медицинского обслуживания на своей территории — от первичного до стационарного, включая профилактику и санитарно-эпидемиологический надзор. Ландстинги управляют больницами и регламентируют рынок частных медицинских услуг. Территория ландстинга разделена на несколько районов, в каждом из которых имеется одна больница и несколько учреждений первичного медицинского обслуживания. Районы, в свою очередь, поделены на участки первичного медицинского обслуживания. Для удобства организации высокоспециализированного медицинского обслуживания Швеция разделена на 6 медико-территориальных округов, каждый из которых объединяет несколько ландстингов.

Местный уровень

На муниципалитеты возложена ответственность за работу социальных служб, обеспечивающих уход за детьми, пожилыми, инвалидами и больными с хроническими психическими расстройствами, а также медицинское обслуживание в школах.

Планирование, нормирование и управление

В 1970-х гг. развитие здравоохранения Швеции определяли долговременные планы, составлявшиеся с учетом мнения и потребностей медицинских работников (имеющих своих представителей в органах власти) без учета запросов населения. Принятый в 1982 г. Закон о здравоохранении расширил полномочия ландстингов по организации и финансированию здравоохранения и вменил им в обязанность плани-

ровать медицинское обслуживание на основе потребностей населения. К концу 1980-х гг. важным направлением планирования стало сокращение затрат, поэтому в 1990-х гг. в некоторых ландстингах стал развиваться регулируемый рынок медицинских услуг. Однако рыночные отношения не дали ожидаемой экономии средств и угрожали принципу социального равенства, поэтому во второй половине 1990-х гг. политика в области здравоохранения была переориентирована с конкуренции на сотрудничество между медицинскими учреждениями.

Децентрализация системы здравоохранения

Ответственность за здравоохранение несут местные власти. Централизованно осуществляется только надзор, разработка государственной политики и правовой базы в этой сфере. Финансирование и организация медицинского обслуживания находятся в ведении ландстингов. Муниципалитеты обеспечивают длительный уход за престарелыми, инвалидами и больными с психическими расстройствами. Муниципалитеты не подчинены ландстингам и не подотчетны им. В 1980-х гг. ландстинги передали финансовые полномочия районам, а те, в свою очередь, — больницам и центрам первичного медицинского обслуживания. Однако недостаточный опыт управления с помощью трансфертных цен и несовершенство системы отчетности затрудняли контроль за финансовыми потоками.

Финансирование здравоохранения

Основная система финансирования и покрываемые ею расходы

Государственная система здравоохранения Швеции финансируется в основном за счет региональных налогов (в 1999 г. — на

70%) и предоставляет медицинскую помощь всем постоянным жителям, независимо от гражданства. Система социального страхования, которой руководит Государственный совет по социальному страхованию, обеспечивает возмещение доходов в случае болезни и компенсирует примерно 20% затрат на медицинское обслуживание, включая медицинское обслуживание за пределами своей территории, частичную компенсацию затрат на лекарственные средства и стоматологические услуги, компенсацию расходов на медицинское обслуживание, превышающих установленный предел. Значительная часть этих выплат идет не из государственного страхового фонда, а из других источников. Прямые государственные вложения в здравоохранение (общие или целевые субсидии местным и региональным органам власти) покрывают около 10% затрат на здравоохранение. В 1980-е и 1990-е гг. возросла доля платных медицинских услуг; в

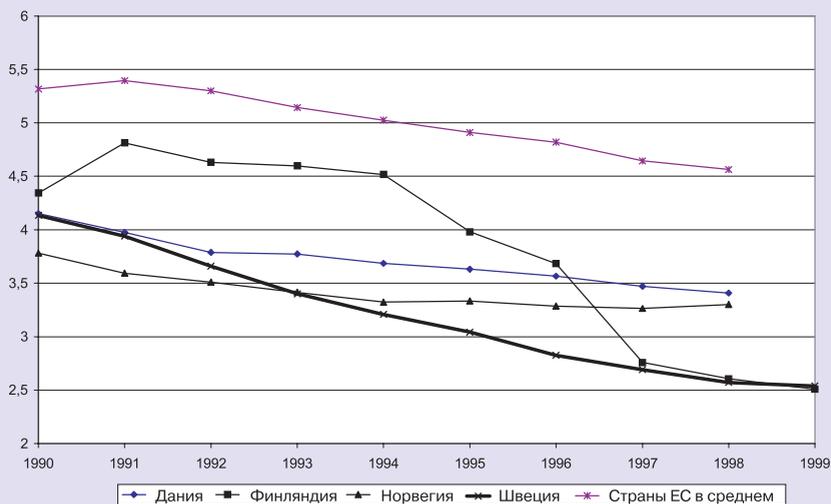
1999 г. она составила 2% всех расходов на здравоохранение.

Дополнительные источники финансирования

Здравоохранение Швеции финансируется из трех источников: налоги (центральные, региональные и местные), государственная система социального страхования и частные средства (платные медицинские услуги и частное медицинское страхование).

Расценки на платные амбулаторные услуги каждый ландстинг определяет самостоятельно, однако парламент устанавливает предельный уровень расходов на одного человека в год (99 евро без учета стационарного лечения), сверх которого все затраты компенсируются социальным страхованием. Стоимость стационарного лечения обычно составляет 8,5 евро в день; для пожилых и малоимущих предусмотрены скидки, для детей и подростков младше 18 лет лечение бесплатное. Кроме того, боль-

Рисунок 2. Число больничных коек на 1000 населения в Швеции, некоторых других странах и в среднем в странах ЕС



ЕС — Европейский союз

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

ной оплачивает 23% стоимости лекарственных средств (предельный уровень затрат на них устанавливается государственной фармацевтической корпорацией Apoteket AB).

Стоматологические услуги платные только для лиц в возрасте 20 лет и старше.

Добровольное (частное) медицинское страхование в Швеции развито слабо и играет вспомогательную роль. В 90% случаев страховые взносы платят работодатели на случай длительной нетрудоспособности работников.

Набор медицинских услуг

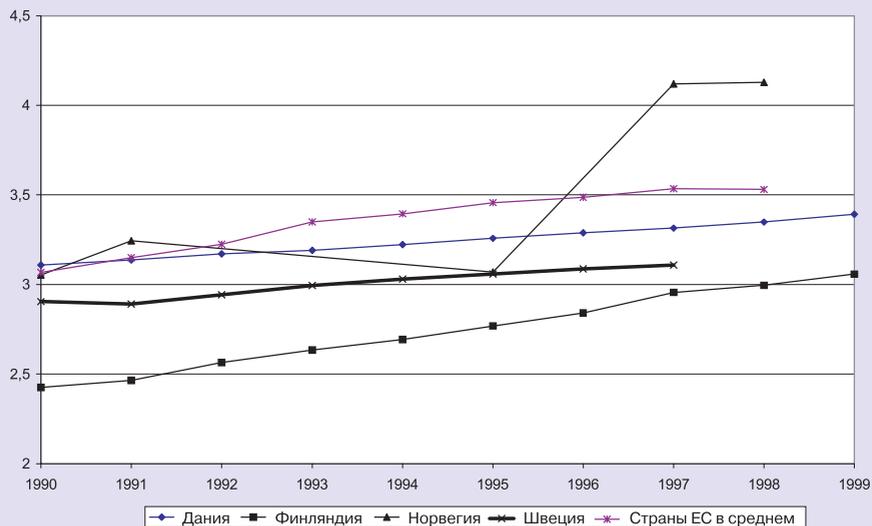
Основного (минимального) набора медицинских услуг в Швеции не существует. Шведское здравоохранение основано на трех главных принципах, перечисленных ниже в порядке убывания приоритета: равноправия, взаимной выручки и экономической целесообразности. Определены на

государственном уровне и приоритеты разных видов медицинской помощи. Трудно сказать, в какой мере этими принципами руководствуются на практике, — ведь в итоге решение принимают медицинские работники.

Расходы на здравоохранение

В результате экономического спада и политики сдерживания затрат в начале 1990-х гг. расходы на здравоохранение сократились с 8,8% ВВП в 1990 г. до 8,4% ВВП в 1998 г., а доля государства в них уменьшилась с 89,9% в 1990 г. до 83,8% в 1998 г., в основном в связи с расширением платных медицинских услуг. Доля расходов на лекарственные средства в 1990-е гг. возросла благодаря увеличению числа выписываемых рецептов и появлению новых дорогостоящих препаратов. В 1999 г. общие расходы ландстингов на здравоохранение распределились следующим образом: специали-

Рисунок 3. Число врачей на 100 населения в Швеции, некоторых других странах и в среднем в странах ЕС



ЕС — Европейский союз

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

зированное медицинское обслуживание — 62,3%, первичное медицинское обслуживание — 22,4%, психиатрическая помощь — 9,5%, гериатрическая помощь — 5,8%.

Медицинское обслуживание

Первичное медицинское обслуживание

Первичное медицинское обслуживание (простые лечебные и профилактические мероприятия) предоставляется в амбулаторных отделениях больниц и центрах первичной медицинской помощи — выбор между ними зависит от предпочтений больного. В Швеции первичное медицинское обслуживание менее развито, чем в других европейских странах: 46% амбулаторных посещений приходится на больницы. Первичным медицинским обслуживанием занимаются врачи общей практики. Услуги частнопрактикующих врачей, заключивших с ландстингом соглашение о сотрудничестве, оплачиваются не больными, а государством.

За профилактические мероприятия отвечают муниципалитеты и созданный в 1992 г. Государственный институт общественного здоровья. Это учреждение занимается профилактикой и пропагандой здорового образа жизни, уделяя особое внимание здоровью наиболее уязвимых слоев общества.

Специализированное медицинское обслуживание

Специализированную медицинскую помощь предоставляют окружные больницы, а также центральные и районные больницы ландстингов, различающиеся по степени специализации и числу коек. С начала 1990-х гг. больным предоставлено право выбора больницы. Для удобства организации высокоспециализированной медицинской помощи Швеция разделена на 6 меди-

ко-территориальных округов, в которых имеются окружные больницы

На протяжении 1990-х гг. коечный фонд в Швеции сократился с 12,4 койки на 1000 населения в 1990 г. до 5,2 койки на 1000 населения в 1997 г. За тот же период значительно увеличился объем амбулаторной медицинской помощи. Отчасти это связано с внедрением новых, более эффективных методов лечения (например, амбулаторные хирургические вмешательства). Большую роль сыграла реформа 1992 г., в ходе которой на муниципальные власти были возложены обязанности по уходу за пожилыми после выписки из стационара.

В 1980-е гг. большие очереди на некоторые виды лечения в государственных учреждениях стимулировали развитие частной медицины. В 1997 г. было установлено определенное время ожидания тех или иных видов медицинской помощи, как первичной, так и специализированной; по истечении этого срока медицинская помощь должна быть предоставлена на территории другого ландстинга. В некоторых ландстингах используют новые схемы сотрудничества между врачами общей практики и врачами-специалистами, такие, как совместная разработка программ медицинского обслуживания. Предприняты меры по улучшению качества медицинской помощи и методов его оценки, в частности, разработаны государственные реестры качества медицинского обслуживания.

Медико-социальная помощь

Социальное обеспечение, уход за престарелыми, инвалидами и больными с психическими расстройствами входят в обязанности муниципалитетов. С 1992 г. дома для престарелых и инвалидов полностью перешли в ведение муниципалитетов. Примерно половина муниципалитетов получают дотации от ландстингов на развитие системы домашнего ухода. Услуги, предоставляемые муниципалитетами, платные, однако плата не должна превышать себестоимость услуги. Благодаря дотациям

больной оплачивает только часть стоимости, которая обычно зависит от его дохода. В 1990-е гг. в связи с быстрым развитием внутреннего рынка медицинских услуг муниципалитеты стали заключать договоры с частными медицинскими учреждениями.

Медицинские кадры

В 1998 г. 92% медицинского персонала работали в государственных учреждениях. В 1970—1980-х гг. наблюдался значительный рост числа медицинских работников, прекратившийся в начале 1990-х гг. В 1997 г. число врачей в Швеции было примерно на 10% меньше, чем в среднем по странам Европейского союза. В некоторых сельских районах не хватает врачей, а в целом по стране — медицинских сестер с узкой специализацией.

Лекарственные средства

Швеция тратит на лекарственные средства меньше, чем другие страны Европейского союза. Тем не менее в 1990-х гг. эти расходы возросли, особенно среди пожилых. Основные причины тому — появление новых дорогостоящих препаратов и увеличение потребности в лекарственных средствах, обусловленное старением населения. Государство обладает монопольным правом на розничную торговлю лекарственными средствами, поскольку все аптеки принадлежат государственной фармацевтической корпорации Apoteket AB. Эта корпорация снабжает препаратами всю страну, определяет, где и сколько аптек нужно открыть, управляет больничными аптеками. Государственные и частные медицинские учреждения и Государственный совет по социальному страхованию платят за лекарственные средства корпорации Apoteket AB по ценам, которые определяет Государственный совет. Согласно действующей системе льгот, расходы на лекарственные средства, превышающие 200 евро в год, компенсируются государством. Вклад добровольного медицинского страхования в оплату расходов на лекарст-

венные средства незначителен. В 1998 г. началась реформа фармацевтической системы, которая предусматривает постепенную передачу всех обязанностей в сфере оборота лекарственных средств ландстингам; до завершения реформы лекарственные средства будут по-прежнему оплачиваться системой социального страхования.

Распределение средств

В 1998 г. на здравоохранение приходилось около 80% всех расходов ландстингов. Из них 62% было затрачено на специализированную медицинскую помощь, 22% — на первичную, 10% — на психиатрическую, 6% — на гериатрическую.

Ландстинги получают государственные субсидии на здравоохранение, размер которых зависит от численности населения с учетом возраста, пола, семейного положения, рода занятий, уровня доходов, условий проживания и других медико-социальных показателей.

Финансирование больниц

В большинстве ландстингов значительная часть финансовых полномочий передана районам. Высокоспециализированные окружные больницы обычно получают оплаты за предоставленные услуги. Учреждениям первичного медицинского обслуживания средства выделяют из расчета на душу населения или по методу глобального бюджета. Амбулаторная медицинская помощь как в государственных, так и в частных учреждениях финансируется ландстингами.

Оплата труда врачей

В государственных лечебных учреждениях врачи работают по договору с ландстингами и получают ежемесячную заработную плату, а кроме того — доплату за сверхурочную работу и число больных. Частно-

практикующие врачи получают плату за оказанные медицинские услуги.

Реформы здравоохранения

На государственном уровне самой важной реформой было введение внутреннего рынка медицинских услуг. Реформы 1990-х гг. существенно расширили обязанности ландстингов и муниципалитетов в области здравоохранения. В 1995 г. на ландстинги возложено регламентирование рынка частных медицинских услуг, а в 1998 г. — ответственность за лекарственные средства. Остальные сферы здравоохранения еще раньше были переданы региональным властям. С 1992 г. в ведение муниципалитетов перешел длительный уход за престарелыми и инвалидами.

В ходе реформ внутреннего рынка медицинских услуг были введены новые схемы финансирования и организации медицинского обслуживания: в одних ландстингах — разделение поставщиков и покупателей медицинских услуг, в других — предварительная оплата медицинского обслуживания по клиническим группам. Развитие частной медицины и возможность выбора медицинского учреждения усилили конкуренцию на рынке медицинских услуг. Однако реформы имели как положи-

тельные, так и отрицательные последствия, поэтому в конце 1990-х гг. были определены новые направления политики здравоохранения: улучшение взаимодействия между медицинскими учреждениями и покупателями медицинских услуг, усиление централизации, то есть возвращение некоторых полномочий вышестоящим уровням власти.

В 1990-х гг. был проведен еще ряд реформ, призванных повысить доступность и качество медицинского обслуживания, обеспечить защиту прав больных, сократить расходы на лекарственные средства. В частности, в 1992 г. приняты Государственные обязательства по оказанию медицинской помощи, определившие максимальные сроки ожидания той или иной медицинской услуги; в 1993 г. установлены базовые цены на непатентованные лекарственные средства. В 1994 г. вступили в силу Закон о деятельности семейного врача и Закон о праве на частную медицинскую практику, содействующие развитию частного сектора в первичном медицинском обслуживании. Однако пришедшее к власти в июне 1995 г. социал-демократическое правительство оба закона отменило, несмотря на то что в некоторых ландстингах их уже начали применять. Вместо этих законов был принят новый закон «Об организации первичной медицинской помощи», препятствующий расширению частной медицины и одновременно расши-

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 (%) |
|-------------------------------------|---|---------------------------------------|--|-----------------------------|
| Дания | 3,3 ^а | 19,2 ^г | 5,5 | 79,9 ^а |
| Финляндия | 2,4 | 19,3 ^б | 4,3 | 74,0 ^г |
| Норвегия | 3,1 | 14,5 ^б | 6,0 | 85,2 |
| Швеция | 2,5 | 15,9 ^б | 5,5 ^а | 77,5 ^б |
| Страны Европейского союза в среднем | 4,2 ^а | 17,1 ^г | 8,2 ^б | 77,0 ^б |

В отсутствие данных за 2000 г. приведены самые свежие данные: ^а 1999, ^б 1998, ^в 1996, ^г 1995.
Источник: база данных программы «Здоровье для всех» Европейского регионального бюро ВОЗ

ряющий полномочия ландстингов по ее регламентации.

Заключение

Структура здравоохранения Швеции претерпела ряд крупных преобразований, особенно в 1990-е гг. В продолжение начавшейся в 1970-е гг. децентрализации сфера здравоохранения была постепенно передана в ведение местных властей и медицинских учреждений; вошли в жизнь новые принципы организации и управления. В конце 1980-х гг. начались реформы

внутреннего рынка медицинских услуг, направленные на сокращение затрат. В результате за 1990-е гг. заметно повысилась эффективность работы окружных и региональных медицинских учреждений, снизилась расходуемая на здравоохранение доля ВВП. Тем не менее из-за смены правительства и усиливающейся децентрализации в сфере управления и медицинского обслуживания реформы оказались недостаточно последовательными. Сыграло свою роль и отсутствие единого плана развития здравоохранения, не позволившее объединить все реформы общей целью.

Обзор системы здравоохранения Швеции составили Катарина Хьотсберг и Ола Гатнекар (Шведский институт экономики здравоохранения). Редакторы: Ана Рико, Уэнди Уисбом, Тереза Сетани (Европейская обсерватория по системам здравоохранения).

Европейская обсерватория по системам здравоохранения благодарит Государственный совет по здравоохранению и социальному обеспечению Швеции и Ричарда Солтмана (Европейская обсерватория по системам здравоохранения) за рецензирование обзора, а также Министерство здравоохранения и социального обеспечения Швеции за оказанную поддержку. Редакторы благодарят Рейнхарда Буссе за помощь в рецензировании обзора. Полный текст обзора можно найти на сайте 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.