

ОСНОВЫ ПОЛИТИКИ

Планирование оказания медицинской помощи
Обзор международного опыта

Авторы:

Stefanie Ettelt

Ellen Nolte

Sarah Thomson

Nicholas Mays

и

International Healthcare

Comparisons Network



© Всемирная организация здравоохранения 2009 г., от имени Европейской обсерватории по системам и политике здравоохранения

Все права защищены. Европейская обсерватория по системам и политике здравоохранения охотно удовлетворяет запросы о разрешении на перепечатку или перевод своих публикаций частично или полностью.

Запросы относительно публикаций следует направлять по адресу: Publications, WHO Regional Office for Europe, Scherffsgvej 8, DK-2100 Copenhagen Ø, Denmark. Кроме того, запросы на документацию, информацию по вопросам здравоохранения или разрешение на цитирование или перевод документов ВОЗ можно заполнить в онлайн-режиме на сайте Регионального бюро (<http://www.euro.who.int/pubrequest?language=Russian>).

Обозначения, используемые в настоящей публикации, и приводимые в ней материалы не отражают какого бы то ни было мнения Европейской обсерватории по системам и политике здравоохранения относительно правового статуса той или иной страны, территории, города или района или их органов власти или относительно делимитации их границ. Пунктирные линии на географических картах обозначают приблизительные границы, относительно которых полное согласие пока не достигнуто.

Упоминание тех или иных компаний или продуктов отдельных изготовителей не означает, что Европейская обсерватория по системам и политике здравоохранения поддерживает или рекомендует их, отдавая им предпочтение по сравнению с другими компаниями или продуктами аналогичного характера, не упомянутыми в тексте. За исключением случаев, когда имеют место ошибки и пропуски, названия патентованных продуктов выделяются начальными прописными буквами.

Европейская обсерватория по системам и политике здравоохранения приняла все разумные меры предосторожности для проверки информации, содержащейся в настоящей публикации. Тем не менее, опубликованные материалы распространяются без какой-либо явно выраженной или подразумеваемой гарантии их правильности. Ответственность за интерпретацию и использование материалов ложится на пользователей. Европейская обсерватория по системам и политике здравоохранения ни при каких обстоятельствах не несет ответственности за ущерб, связанный с использованием этих материалов. Мнения, выраженные в данной публикации авторами, редакторами или группами экспертов, необязательно отражают решения или официальную политику Европейской обсерватории по системам и политике здравоохранения.

В Международную сеть сравнительных исследований в здравоохранении входят эксперты из 13 стран (см. ниже). Сеть является частью исследовательского проекта, осуществляемого при финансовой поддержке Министерства здравоохранения Соединенного Королевства (номер гранта 0510002). Мы выражаем ему свою благодарность. Мы также хотим выразить свою признательность за оказанную поддержку и обратную связь сотрудникам Министерства здравоохранения Соединенного Королевства, в особенности Деборе Рош и Алану Гланцу. Мнения, выраженные в данном документе, принадлежат исключительно их авторам и необязательно отражают мнение Министерства здравоохранения Соединенного Королевства. Авторы несут полную ответственность за все ошибки.

Международная сеть сравнительных исследований в здравоохранении (International Healthcare Comparisons Network)

Райнард Буссе, Отдел управления медицинской помощью, Технологический университет, Берлин

Карл-Арди Дюбуа, Факультет сестринского дела, Монреальский университет

Антонио Дюран, Текникас де Салюд, Севилья

Изабель Дюран-Залески, Больница Анри Мондор, Париж

Одд Арилд Хауген, Специальный советник, Норвежский директорат здравоохранения и социального обеспечения

Джудит Хили, Сеть контрольных институтов (RegNet), Австралийский национальный университет

Альберто Холли, Институт экономики и управления здравоохранения, Лозаннский университет

Ингвар Карлберг, Факультет медицинских наук, Гетеборгский университет

Ник Клазинга, Отдел социальной медицины, Амстердамский университет

Алан Красник, Институт общественного здравоохранения, Колонгагенский университет

Николаас Мейс, Лондонская школа гигиены и тропической медицины и временный советник Министерства финансов Новой Зеландии по вопросам политики

Уолтер Риччарди, Отдел гигиены и общественного здравоохранения, Католический университет Святого Сердца в Риме

Юха Тепери, Национальный научно-исследовательский центр социального благополучия и охраны здоровья STAKES, Хельсинки

ОСНОВЫ ПОЛИТИКИ

Планирование оказания медицинской помощи Обзор международного опыта

Авторы:

Stefanie Ettelt

Ellen Nolte

Sarah Thomson

Nicholas Mays

и

International Healthcare

Comparisons Network

**Основы политики.
Планирование оказания медицинской помощи.
Обзор международного опыта**

Stefanie Ettelt, Ellen Nolte, Sarah Thomson, Nicholas Mays
и International Healthcare Comparisons Network
М.: Реал Тайм, 2009. – 64 с.

Подготовлено к печати ООО «Реал Тайм»
117570 Москва, Днепропетровская ул., д. 18Б, оф. 3.3. Тел.: (495) 972-50-70.

Директор *Логвиненко Т.В.*
Верстка *Блескин Д.Е.*
Технический редактор *Харланова О.А.*

Подписано в печать 28.12.2009. Формат 60х90/16. Бумага офсетная.
Тираж 2500 экз. Заказ 110.

Отпечатано в полном соответствии с качеством предоставленных диапозитивов
ОАО «Можайский полиграфический комбинат».
143200 Можайск, ул. Мира, 93.

Основаы политики

Планирование оказания медицинской помощи: обзор международного опыта

Введение

Системы здравоохранения в большинстве стран с высоким уровнем доходов нацелены на предоставление широкого спектра услуг всему населению, гарантируя при этом поддержание надлежащих стандартов качества оказываемой помощи, справедливости и соответствия потребностям. Несмотря на различие подходов, обычно ответственность за разработку формата финансирования и организации медицинской помощи в целом лежит на центральных органах власти, в то время как руководство системами здравоохранения часто осуществляется как на центральном, так и на региональном уровнях.

В настоящем документе будут рассмотрены подходы по планированию, являющемуся ключевым компонентом оказания медицинской помощи. Концентрируя внимание на таких разных странах, как Канада, Дания, Англия, Финляндия, Франция, Германия, Италия, Нидерланды и Новая Зеландия, составители документа преследовали цель продемонстрировать различные подходы в отношении финансирования оказания медицинской помощи и ее организации, поскольку эти два фактора оказывают принципиальное влияние на планирование^а.

В большинстве стран планирование объема оказания медицинской помощи осуществляется на национальном, региональном или местном уровнях в зависимости от роли государства в системах здравоохранения, однако различия между уровнями не всегда можно четко проследить. Так, субъекты региональных и местных органов власти могут значительно различаться в отношении численности населения, правовых и политических полномочий, а также организационных структур. В большинстве рассматриваемых стран планирование объема медицинской помощи передано на региональный уровень (часто отражая передачу общей ответственности за организацию медицинской помощи), а в Дании и Финляндии основными действующими лицами считаются местные органы власти.

^а Настоящий обзор основан на исследовательском проекте An “On call” Facility, проводимом для Международной сети сравнительных исследований в здравоохранении и финансируемом Министерством здравоохранения Соединенного Королевства (грант 0510002). Авторы приносят благодарность за вклад, внесенный в проект по планированию, следующим лицам: Райнард Буссе, Технологический университет, Берлин; Карлу-Арди Дюбуа, Монреальский университет; Изабель Дюран-Залески, Больница Анри Мондор, Париж; Нику Клазинге, Амстердамский университет; Алану Красник, Копенгагенский университет; Уолтеру Риччарди, Католический университет Святого Сердца в Риме; Юхе Тепери, Национальный научно-исследовательский центр социального благосостояния и охраны здоровья STAKES, Хельсинки.



Таблица 1. Основная ответственность за планирование

Страна	Основная ответственность за планирование
Канада	Ответственность за планирование лежит на провинциях/территориях, в ряде случаев, в рамках общенациональных структур, с участием местных органов власти
Дания	Планирование различных областей оказания медицинской помощи осуществляется в регионах и муниципалитетах при некотором контроле со стороны центра
Англия	Национальное и региональное планирование ведется под руководством центрального правительства с участием местных органов власти
Финляндия	Ответственность за планирование лежит на муниципалитетах и районных больницах (созданных муниципалитетами)
Франция	Региональные госпитальные агентства планируют больничную помощь в рамках схемы, установленной на центральном уровне, при консультировании с региональными заинтересованными сторонами
Германия	Администрация земель (субъектов федерации) планирует объем оказания больничной помощи на основе регионального и национального законодательства и при консультировании с региональными заинтересованными сторонами
Италия	Планированием оказания медицинской помощи (главным образом стационарной) занимаются региональные власти, руководствуясь национальным планом по охране здоровья
Нидерланды	Региональные организации по оказанию услуг планируют неотложную больничную помощь (план подлежит утверждению центральными органами власти)
Новая Зеландия	Ответственность за планирование разделяют центральные органы власти и региональные советы по здравоохранению (DHB)

Региональные/местные организации планирования могут дублировать региональные/местные политические структуры (например, регионы в Дании^b). В других случаях это могут быть региональные/местные органы, учрежденные исключительно для нужд медицинской помощи, например такие, как региональные госпитальные агентства во Франции и DHB в Новой Зеландии (табл. 1).

Из общей картины выпадают Нидерланды, где планирование оказания медицинской помощи в большой степени либерализовано. В то время как ответственность за систему оказания помощи в целом лежит на Правительстве, ни оно, ни региональные и местные структуры в планирование непосредственно не вовлечены. Постепенный отход Правительства от планирования начался в 1980-х

^b В январе 2007 г. 14 административных округов Дании были объединены в 5 регионов, а число муниципалитетов было сокращено с 270 до 98. Управление системой по охране здоровья – ключевая ответственность регионов.

годах. Это отражало политический климат того времени, благоприятствовавший регулируемым рыночным отношениям, а не централизованному управлению и контролю. С момента введения всеобщего обязательного медицинского страхования в 2006 г. планирование неотложной стационарной помощи перешло к региональным ассоциациям больниц (в сотрудничестве со страховыми компаниями). На утверждение в центральные органы направляются лишь те проекты, которые требуют значительных инвестиций, например строительство новых больниц.

Активное участие организаций – поставщиков услуг в процессе планирования – характерно для Франции и Германии – двух стран с сильными корпоративными традициями. Неотъемлемой частью процесса планирования в Англии, Италии и Новой Зеландии является участие общественных и других заинтересованных структур, например таких, как профессионалы в области охраны здоровья, обычно посредством проведения консультаций. В Дании и Финляндии участие общественности в планировании осуществляется в основном через представительство выбранных членов региональных и муниципальных советов.

Планы по оказанию медицинской помощи и типы планирования

За исключением, возможно, Нидерландов, все страны в качестве основных методов планирования используют планы оказания медицинской помощи. В зависимости от различных административных особенностей, задействованных в планировании, планы по оказанию медицинской помощи разрабатываются на национальном, региональном и/или местном уровнях.

Концептуально планирование предусматривает две различные функции: стратегическое и оперативное планирование [1].

Стратегическое планирование включает в себя определение структуры и принципов системы оказания медицинской помощи и их общей сущности. Чаще всего такое планирование осуществляется на самом высоком уровне руководством системой оказания медицинской помощи, как, например, в Англии, Франции, Италии и Новой Зеландии – центральными министерствами здравоохранения, или в децентрализованных системах – соответствующими региональными или местными административными структурами (в Канаде – органами власти провинций/территорий и региональными управлениями здравоохранения (RHA), в Германии – органами здравоохранения федеральных земель (только в отношении стационарной помощи). В Дании и Финляндии, напротив, стратегическое планирование спущено на региональный и местный уровни. Степень участия административных органов более низкого уровня определяется главным образом уровнем их автономии и полномочий в принятии решений.

Оперативное планирование связано с переводом стратегического плана в практическую деятельность, что может охватывать целый ряд операций, связанных с предоставлением медицинской помощи, включая распределение бюджета и ресурсов, организацию служб, обеспечение кадрами, помещениями и оборудованием.

Вставка 1. Вертикальная интеграция планирования медицинской помощи в Италии

Ответственность за планирование медицинской помощи в Италии разделяется между центральными и региональными органами власти. Министерство здравоохранения определяет основную схему и при участии регионов разрабатывает трехлетний национальный план по охране здоровья населения. План содержит национальную стратегию по охране здоровья, включая определение целей, задач и показателей эффективности оказания медицинской помощи. Содержание пакета пособий (*Livelli Essenziali di Assistenza*), который должен быть доступен всем жителям страны, определяется на центральном уровне и регулярно обновляется [2]. Окончательная версия плана «спускается» региональным управлениям здравоохранения, а мониторинг за его выполнением осуществляет Министерство.

Региональные департаменты здравоохранения преобразовывают национальный план в региональные планы медицинской помощи. Придерживаясь рамок национального плана, организацию медицинской помощи в регионах ведут с учетом имеющихся потребностей и поставленных собственных целей при условии, что они отвечают целям национального плана. Однако не все цели национального плана обязательны для всех, и предполагается, что региональные департаменты здравоохранения главным образом адаптируют те цели, которые отвечают региональным потребностям и политическим программам [3], что иллюстрирует проблему определения целей на централизованном уровне при в большой степени децентрализованной системе здравоохранения.

Эту функцию чаще берут на себя региональные структуры, но могут привлекаться и местные органы власти, такие как RHA в Канаде, муниципалитеты в Дании и Финляндии или фонды первичной медико-санитарной помощи в Англии. В некоторых странах региональное/местное планирование определяется национальными планами оказания медицинской помощи и от региональной администрации требуется интеграция национальных директив в региональные планы («вертикальная интеграция»). Это в целом относится к Англии, Франции (с. 35–38), Италии (см. вставку 1) и Новой Зеландии (с. 52–56), а также к Канаде, где RHA должны адаптировать и реализовывать планы оказания медицинской помощи, разработанные администрациями провинций или территорий (с. 13–20).

Региональное и местное планирование в Дании и Финляндии – прежде всего оперативное. В Дании ответственность за различные секторы оказания медицинской помощи лежит на различных структурах системы: регионы планируют стационарную помощь и некоторые виды первичной медико-санитарной помощи, тогда как муниципалитеты планируют реабилитационные программы, долгосрочное лечение и другие услуги первичного звена. В настоящее время наблюдается ограниченная вертикальная интеграция в планировании, однако все может измениться в связи с перераспределением ответственности, которое ожидается в результате недавней административной реформы [2].

Таблица 2. Сфера и секторы планирования

Страна	Сфера и секторы
Канада	Планирование больничной помощи (в государственном и частном секторах); планирование амбулаторной помощи не проводится
Дания	Планирование во всех областях медицинской помощи, включая амбулаторную помощь, предоставляемую частными врачами, и государственную больничную помощь
Англия	Планирование стационарной и амбулаторной помощи, которую предоставляет Национальная служба медицинской помощи
Финляндия	Планирование медицинской помощи, оказываемой в государственных больницах, а также определенной амбулаторной помощи, оказываемой частными врачами
Франция	Планирование только больничной помощи (в государственных и частных больницах)
Германия	Планирование только больничной помощи (в государственных и частных больницах)
Италия	Планирование только больничной помощи (в государственных и частных больницах)
Нидерланды	Ограниченное планирование (неотложной) больничной помощи
Новая Зеландия	Планирование больничной помощи, оказываемой в государственном секторе, а также амбулаторной помощи, оказываемой частными врачами

Сферы и секторы планирования

Во всех странах, которые здесь рассматриваются, в центре планирования оказывается больничная помощь. Систематическое планирование амбулаторной помощи наблюдается лишь в Дании, Англии, Новой Зеландии и до определенной степени в Финляндии (табл. 2).

По масштабам планирования в государственном и частном (коммерческом и некоммерческом) секторах страны заметно различаются, и обычно это зависит от того, существует ли государственное возмещение расходов за оказанные услуги частным сектором. Планы больничной и медицинской помощи в Канаде, Франции, Германии и Италии охватывают как государственные, так и частные больницы. Если больницы, в том числе и те, которые принадлежат частным организациям и управляются или собираются расширяться, им необходимо получить плановое разрешение на строительство. Напротив, в Дании, Англии, Финляндии и Новой Зеландии планирование касается в основном государственных учреждений здравоохранения.

Планирование потенциала больниц

Планирование потенциала больниц включает несколько аспектов: капитальные вложения в существующие учреждения и в новые области развития; инвестиции в дорогостоящее оборудование и технологии (такие, как обо-

рудование для магнитно-резонансной томографии), предоставление услуг и распределение кадровых и финансовых ресурсов. Учитывая разнообразие существующих подходов к организации медицинской помощи, неудивительно, что интенсивность планирования по каждому из этих направлений варьируется в зависимости от стран. В большинстве стран планируется число больниц, однако степень детализации плана различна. В некоторых планах указывается лишь число и местоположение больниц, обычно на основе уже существующей инфраструктуры. Другие планы идут дальше, определяя в деталях число и проекты специализированных подразделений, а также их географическое распределение в пределах определенной территории.

Традиционно планирование коечного фонда является всегда предпочтительным при планировании больничной помощи, и эта традиция остается в таких странах, как Финляндия, Италия и Новая Зеландия, а также в большинстве провинций/территорий Канады и федеральных землях Германии. Англия и Франция, напротив, не так давно отошли от подобного подхода и двигаются в направлении планирования, исходя из объема оказываемых услуг и видов деятельности (см. пример Франции на с. 35–38).

Планирование капиталовложений

Значительные капитальные вложения в инфраструктуру больниц обычно регулируются и планируются отдельно от оперативных действий и (где применимо) вне рамок оперативного бюджета. В Дании, Финляндии, Германии (в основном это касается государственных больниц) и Италии строительство новых, а также большие проекты по реконструкции больниц финансируются и планируются на региональном уровне, т.е. региональными советами, больничными округами, министерствами здравоохранения земель и региональными департаментами здравоохранения соответственно. Во Франции, Новой Зеландии и Нидерландах для строительства новых больниц требуется разрешение центральных органов власти. В большинстве стран органы власти регионального (а иногда и национального) уровня также участвуют в финансировании больших инвестиционных проектов, тогда как в Нидерландах строительство больниц финансируется исключительно из частных источников. Возрастающее значение частных инвестиций можно наблюдать и в других странах: в Канаде, например, инвестиции в больничное строительство часто находят поддержку со стороны благотворительных фондов, связанных с конкретными больницами.

Процесс планирования капитальных вложений варьируется от страны к стране. Во многих из них для долговременных и краткосрочных инвестиций применяются различные механизмы. Так, в Финляндии долгосрочные инвестиции на период до 10 лет планируются и контролируются больничными округами, в то время как краткосрочные (и обычно меньшие по масштабу) инвестиции осуществляются на субрегиональном уровне, требуется лишь одобрение соответствующего больничного округа. В Англии небольшие капитальные вложения планируются местными фондами первичной медико-санитарной помощи в рамках, установленных Министерством здравоохранения Соединенного Королевства.

Более значительные инвестиции [до 25 млн фунтов стерлингов (37 млн евро)] требуют одобрения Министерства. Министерство также непосредственно участвует в некоторых контрактах частного сектора, например, через схему Частной финансовой инициативы (PFI), посредством которой частные консорциумы (обычно включающие крупные строительные фирмы) заключают контракты на проектирование, дизайн, строительство, а иногда и управление новыми проектами [4]. Проекты, инвестиции в которые превышают 100 млн фунтов стерлингов (148 млн евро), требуют одобрения Министерства финансов.

Совершенствование планирования оказания медицинской помощи

Этот краткий обзор опыта планирования оказания медицинской помощи в девяти странах служит иллюстрацией того, насколько строгие методы планирования отражают институциональную, правовую и регулирующие функции структуры системы здравоохранения страны. А это, в свою очередь, отражает более широкий политический, социальный, экономический и культурный контекст. Следовательно, любые изменения этого контекста часто могут оказывать невольное влияние на планирование. Примером может служить Дания, где проходит реформа административной системы, повлекшая за собой перераспределение ответственности в сфере оказания медицинской помощи между региональными органами и муниципалитетами [5]. Происходящие изменения, вероятнее всего, окажут существенное влияние на планирование в секторе оказания медицинской помощи, например, распределения специализированных услуг.

На процесс планирования также оказывает влияние административная децентрализация в секторе здравоохранения. Так, регионализация в Италии повлекла за собой перенос основной ответственности за планирование из центра в регионы. Подобно этому и во Франции ответственность за планирование и организацию больничной помощи была передана из центрального Министерства здравоохранения в региональные органы [6]. Однако французское Правительство оставляет за собой общую руководящую роль.

Наоборот, другие страны, где сильны традиции децентрализации, переживают период все большего участия центрального Правительства в делах регионального и местного значения. И вновь здесь будет показателен пример Дании, где предпринимаются попытки усилить контролируемую роль центрального Правительства в планировании и оказании медицинской помощи посредством Национального совета по здравоохранению. В Финляндии в течение последнего десятилетия влияние центра на принятие решений в области оказания медицинской помощи на местном уровне постепенно становится более заметным. Это происходит благодаря распределению бюджетных средств и финансированию конкретных проектов, реализуемых муниципалитетами. Тенденция относительно возрастающего участия центра в этих двух странах отражает возросшую осведомленность о (политической) приемлемости регионального неравенства в сфере оказания медицинской помощи. В Финляндии также ведется дискуссия о том, нужно ли



укрепление роли существующего Целевого и оперативного плана социального обеспечения и медицинской помощи, при этом имеется в виду усовершенствование и укрепление центрального администрирования. Этот план впервые появился в 1999 г. Он подготавливается каждым новым избранным на четырехлетний период национальным Правительством. План разрабатывался при содействии Министерства здравоохранения в сотрудничестве с муниципалитетами, неправительственными организациями и специалистами по оказанию медицинской помощи. Определяя и распространяя задачи, в решение которых все заинтересованные участники системы здравоохранения вносят свой вклад, его роль должна носить пока в основном стратегический характер [7].

Реформы в области медицинской помощи в силу того, что они связаны с финансовыми механизмами и внедрением новых моделей оказания медицинской помощи, могут также влиять на планирование. В Германии, например, как и во многих других странах, внедрено финансирование больниц с учетом клинко-статистических групп (КСТ). Ожидается, что такие изменения в финансировании повлияют на подходы к планированию больничной помощи на уровне земель [8]. В Финляндии привлечение частных поставщиков услуг в преимущественно общественный сектор оказания первичной медицинской помощи может привести к дальнейшему изменению методов планирования. Реформа медицинского страхования, проведенная в Нидерландах в 2006 г., возможно, приведет к видоизменению расстановки поставщиков услуг благодаря внедрению индивидуальных контрактов между частными медицинскими страховыми структурами и службами предоставления медицинских услуг. В этом контексте интересен опыт Новой Зеландии: вслед за экспериментами с рынками и конкуренцией в 2000 г. Правительство приняло план по охране здоровья и схемы планирования после того, как они были отменены в 1990-х годах.

Эти примеры служат наглядной иллюстрацией сложной задачи, стоящей перед правительствами, по согласованию ответственности за предоставление справедливой, экономически и физически доступной медицинской помощи при проведении политики децентрализации, конкуренции и плюрализма в отношении служб по предоставлению услуг, нацеленной на предоставление услуг в соответствии с потребностями и повышенную эффективность. Разнообразие методов планирования (или, в отдельных секторах или странах, отсутствие планирования) отражает трудности в достижении баланса при принятии решений между местным, региональным и центральным уровнями, с одной стороны, и конкуренцией и контролем в отношении служб предоставления услуг – с другой.

1. Канада

Краткая информация

Система здравоохранения Канады управляется на федеральном уровне, уровне провинций/территории и региональном уровне. 13 всеобщих схем однократных выплат (известных как Medicare), покрывающих медицинские услуги на каждой территории/провинции, определенных Федеральным актом Канады о здравоохранении (1984), в основном финансируются из общих налоговых поступлений в бюджет федерации и провинций. Медицинская помощь оказывается частными (коммерческими и некоммерческими) и государственными учреждениями [9].

Ответственность за медицинскую помощь лежит на провинциях. Федеральное Правительство через департамент здравоохранения Канады направляет фонды в провинции для обеспечения медицинской помощи, принимая во внимание, что провинции придерживаются принципов Акта о здравоохранении Канады (1984). Правительство также финансирует и руководит службами здравоохранения для особых групп населения, таких как вооруженные силы, ветераны, иммигранты и зарегистрированные представители «первой нации» (коренного населения), а также занимается национальными проблемами здравоохранения и решает национальные проблемы по охране здоровья, предоставляя гранты провинциям и местным группам и финансируя научные исследования в области здравоохранения.

Ответственность за планирование оказания медицинской помощи лежит в основном на правительствах трех территорий и десяти провинций. В последние годы процесс планирования подвергался дальнейшей децентрализации путем создания региональных управлений здравоохранения (RHA) повсеместно, за исключением двух территорий (Юкон и Нунавут) и двух провинций (Онтарио и остров Принца Эдварда^с) [10]. Первой провинцией, где было создано RHA, был Квебек (1988). Процесс децентрализации включал передачу полномочий по планированию, составлению бюджета и принятию решений от уровня провинций RHA и (ре)централизацию (передачу планирования и управления оказания медицинской помощи от отдельных учреждений или агентств этим управлениям). В то же время предпринимались усилия по развитию национального планирования ключевых вопросов, таких как обеспечение здравоохранения квалифицированными кадрами. Однако независимость провинций создает трудности федеральному Правительству в отношении внедрения национальных программ, требующих поддержки и участия всех провинций и территорий. Вместо этого федеральное Правительство заключило двусторонние соглашения с индивидуальными юрисдикциями. Эта практика, получившая название «асимметричный федерализм», стала наиболее распространенной в провинции Квебек.

^с Другой подход к регионализации был выбран в Онтарио. Он предусматривал создание «местных сетей интеграции медицинской помощи» (см. ниже). Провинция Остров Принца Эдварда создала RHA в 1993 г., но в 2005 г. отказалась от регионализации структуры службы оказания медицинской помощи, в том числе и от RHA [10].



Действующие лица процесса планирования

Федеральному Правительству не отведена конституциональная роль в планировании оказания медицинской помощи. Национальная инициатива по планированию проводится под покровительством Конференции федеральных/региональных/территориальных министров здравоохранения и Конференции федеральных/региональных/территориальных заместителей министров здравоохранения (обе конференции – ежегодные), которые информируются межведомственными консультативными комитетами и рабочими группами. Межведомственные государственные агентства «на расстоянии вытянутой руки» также участвуют в планировании по секторам: среди них – Канадское агентство по лекарственным средствам и технологиям в здравоохранении, Информационный проект Канады по здравоохранению, а также Федеральный/региональный/территориальный комитет по управлению и отчетности [9]. Канадский институт по информации в здравоохранении поддерживает усилия по планированию организаций любой юрисдикции, предоставляет информацию по здравоохранению и медицинским службам.

Системное планирование ведется на уровне провинций, где каждое Министерство здравоохранения имеет подразделение по политике и планированию, ответственное за регулярное консультирование по вопросам планирования. Провинциальные министерства здравоохранения ответственны за определение общих направлений, приоритетов, ожиданий и стандартов для систем здравоохранения провинций в рамках существующего законодательства и правительственных программ провинции (см. вставку 2). Министерство разрабатывает схему планирования, политики, законодательства и стандартов, в рамках которой органы здравоохранения планируют и организуют службы медицинской помощи.

Выдвигались различные инициативы, направленные на укрепление процесса планирования на уровне провинций, например, путем более широкого использования доказательной базы и информационных ресурсов, систем управления и инфраструктуры информационных технологий. Создание RHA рассматривается как, возможно, «единственная важнейшая инициатива в системном планировании» [9].

Региональные управления здравоохранения являются «автономными организациями по оказанию медицинской помощи» [10], ответственными за руководство осуществлением медицинской помощи в определенном географическом регионе внутри провинции или территории. Большинство их руководящих советов назначается министром здравоохранения провинции. Лишь несколько провинций имеют RHA с избранным советом директоров, и лишь несколько советов (например, в Британской Колумбии) имеют в своем составе представителей учреждений, предоставляющих медицинские услуги. RHA являются ответственными за распределение ресурсов и оказание медицинской помощи как по месту жительства, так и в лечебных учреждениях. Находясь на промежуточном уровне между Министерством

здравоохранения и провайдером медицинских услуг, RHA имеют мандат на планирование, нацеленный на усиление координации и преемственности в оказании медицинской помощи множеством медицинских лечебных учреждений и провайдеров медицинских услуг в пределах конкретной географической области [9].

Вставка 2. Цели по охране здоровья в Британской Колумбии

В 1997 г. Правительством Британской Колумбии были сформулированы шесть целей в области охраны здоровья, определивших схему политики и принципы оказания медицинской помощи в этой провинции [11]. Эти цели установили базовые принципы оказания медицинской помощи, включая ее доступность и экономическую приемлемость, устойчивость, качество, управление и отчетность и условия работы. Поставленные цели были учтены при разработке Министерством здравоохранения стратегического плана оказания помощи [12]. В стратегическом плане цели здравоохранения разбиты на дальнейшие цели и подцели, уточняющие направления и содержание стратегии. Стратегия не содержит задач^d. Настоящая стратегия предусматривает ежегодную отчетность главного врача провинции о достижениях в области охраны здоровья населения согласно основным показателям достижения поставленных стратегией целей. Министерство здравоохранения также готовит ежегодные отчеты о работе системы здравоохранения. Стратегический план Британской Колумбии также определяет, что RHA должны делать для оценки проделанной работы и отчета о ее результатах (трехлетний план, ежегодные планы капиталовложений, ежегодные бюджеты и бизнес-планы) [12].

Полномочия относительно принятия решений, которыми обладают RHA, варьируются в зависимости от конкретной провинции/территории. В некоторых провинциях RHA функционируют в административных и фискальных пределах, определенных в провинции (Новая Шотландия, Манитоба, Британская Колумбия), тогда как в других они обладают большей автономией (Альберта, Саскачеван, Остров Принца Эдварда) [10].

RHA в Канаде значительно различаются по размеру, структуре и плотности распределения. На каждую провинцию/территорию их приходится от 5 до 18, а количество населения на одну единицу варьируется от 1000 до почти 2 млн. Сферы оказываемых услуг также различаются. Все RHA обычно ответственны за контроль больничной помощи, большинство организуют и предоставляют долгосрочную медицинскую помощь, медицинские услуги по месту жительства и программы общественного

^d Цели и задачи относительно широки – например, цель 4 сформулирована следующим образом: «В Британской Колумбии должно быть обеспечено адекватное предоставление услуг по оказанию медицинской помощи», а пункт 4.1.: «Обеспечить наличие адекватного числа врачей-лечебников и справедливое их распределение в пределах провинции». Подцель 4.1.1 гласит: «Поддерживать подходы и программы, направленные на достижение необходимой численности и состава провайдеров медицинских услуг, обученных и нанятых на работу в Британской Колумбии для удовлетворения нужд населения в медицинской помощи» [9].

здравоохранения. Многие также играют непосредственную роль, будучи владельцами/руководителями некоторых учреждений, предоставляющих медицинские услуги, в оказании (в большинстве случаев) неотложной помощи, а также заключают договоры с другими провайдерами, например с некоторыми частными провайдерами, для оказания специализированной амбулаторной помощи. В этом случае РНА действуют и как поставщики услуг, и как потребители их [9].

Вставка 3. План оказания медицинской помощи в регионе Калгари

План оказания медицинской помощи на 2006–2009 гг. для региона Калгари описывает «на стратегическом уровне действия, которые будут предприняты с целью выполнения юридической ответственности, сосредоточивая усилия в первую очередь на оказании качественной медицинской помощи» (с. 3), обслуживая население, насчитывающее 1,2 млн человек более чем в 100 учреждениях, включая 12 пунктов оказания неотложной помощи, 40 лечебных центров и разнообразные учреждения для оказания медицинской помощи по месту жительства и непрерывной медицинской помощи [13]. В плане описаны имеющиеся учреждения и число койко-мест, а также намечены тенденции и потребности в перспективе на основании оценки нужд здравоохранения в регионе. План определяет виды деятельности, критерии, основные показатели, а также задачи и индивидуальные стратегии для каждого сектора медицинских услуг, такие как стратегический план охраны психического здоровья, план оказания медицинской помощи в сельской местности и долгосрочный план объема оказания медицинской помощи.

Однако РНА не несут ответственности за работу врачей^е, выписку рецептов на препараты, лечение онкологических заболеваний и некоторые виды специализированной помощи, руководство которыми и финансирование осуществляются централизованно органами власти провинций/территорий; эти службы исключаются из планирования, которое осуществляется РНА.

Обычно РНА подготавливают трехлетний план, в котором даны стратегические направления и приоритеты (в том числе потребности в капиталовложениях и потенциале) для региона. В некоторых провинциях к таким планам прилагается дополнительное соглашение между Министерством и РНА (например, в Квебеке они называются «соглашениями по руководству»). План оказания медицинской помощи составляется с учетом законодательства в отношении РНА соответствующей провинции, указаний соответствующего Министерства здравоохранения, бизнес-плана Министерства, а также ожиданий администрации провинции, декларированных Министром здравоохранения [13]. В рамке 3 приведено краткое изложение ключевых положений трехлетнего регионального плана на примере плана для РНА Калгари.

^е Большинство врачей-специалистов и врачей общей практики работают на основе выплат за оказание плановых услуг и рабочих договоров, заключенных непосредственно с Министерством провинции.

РНА финансируются из бюджетов территорий/провинций, обычно в виде части общего бюджета, основанного на данных об уровне затрат на обслуживание населения в прошлые годы. РНА переносят свои приоритеты в бюджетные планы, которые ежегодно подаются в правительство провинций; иногда к ним прилагаются многолетние планы. Предложения по бюджету могут требоваться в период до окончания составления бюджета провинции или же после того, как будет объявлено о финансировании в рамках этого бюджета. В некоторых провинциях медицинские учреждения, такие как университетские клиники и агентства провинций, вносят вклад в процесс регионального планирования, подавая планы и ежегодные отчеты в РНА и Министерства здравоохранения.

В планировании на уровне РНА обычно участвуют представители медицинских профессий в процессе проведения различных консультаций. Контрольные органы по медицинским специальностям несут совместно с РНА и правительством провинций ответственность за обеспечение качества работы систем здравоохранения в данной провинции. Другие структуры, такие как университеты, фонды охраны здоровья и агентства по финансированию научных исследований, также вносят вклад в процесс планирования. Публичные слушания и другие виды публичных консультаций дают возможность общественности участвовать в процессе планирования [14].

Инвестиции в инфраструктуру и распределение в системе общественного здравоохранения планируются как на уровне провинции/территории, так и на федеральном уровне [9]. Большинство провинций определили конкретные рамки для значительных инвестиций в инфраструктуру и дорогостоящее оборудование и технологии. Некоторые решения относительно инфраструктуры делегируются министерствами провинций в РНА, но большинство основных решений относительно инвестиций принимается совместно с соответствующим министерством, поскольку за долгосрочное планирование общей системы здравоохранения в своей подведомственной области в конечном счете отвечают министры здравоохранения.

Приобретение дорогостоящих технологий и оборудования, таких как аппаратура для компьютерной и магнитно-резонансной томографии, финансируется главным образом правительствами провинций и территорий, что входит в их обязанности по предоставлению услуг диагностического характера как гарантированных услуг, закрепленных в Акте о здравоохранении Канады 1984 г. Финансовые возможности больниц для закупки дорогостоящего оборудования в рамках своих бюджетов часто ограничены, поскольку большинство бюджетов дефицитного характера. Хотя многие больницы учредили благотворительные фонды для сбора средств на приобретение технологий, Министерства здраво-



охранения провинций обычно вносят вклад в значительные инвестиции; планы капиталовложений нуждаются в утверждении соответствующим министерством^f.

RHA планируют коечный фонд, хотя и не в деталях. Так, в плане Калгари просто указан существующий коечный фонд и дается приблизительная цифра его увеличения благодаря планируемым инвестициям [13]. Однако в 1995–2000 гг. значительное число больниц по всей Канаде были закрыты, объединены или реорганизованы для предоставления других видов лечебной помощи (в контексте происходившего широкого процесса ограничения расходов и рационализации). Это ставит на первый план необходимость более эффективного использования имеющегося потенциала.

Последние достижения

До настоящего времени всесторонней и систематической оценки результатов регионализации не проводилось. Однако в 2002 г. Комитет Кирби представил отчет о роли федерального руководства в системе здравоохранения Канады, который включал и обзор деятельности RHA [10]. Дав в целом положительную оценку и отметив, что RHA «проделили работу по интеграции и организации служб по охране здоровья населения в регионах, достойную похвалы», комитет отметил и некоторые слабые звенья в планировании и бюджетировании ресурсов, а также выявил пробелы в отчетности. Отмечалось, что в ряде случаев ежегодные бюджеты/планы носили слишком общий характер, напоминая скорее общие указания, чем планы, в них отсутствовали конкретные цели и формальные фиксированные расходы на специфические службы. Предполагалось, что для увеличения прозрачности и улучшения отчетности в ежегодных соглашениях с Правительством провинций должны быть ясно определены последствия для тех RHA, которые не смогут выполнить бюджет или решить поставленные перед ними задачи (см. также вставку 4) [10]. В то же время в указанном отчете признавалось, что RHA неоправданно ограничены бюджетом и приоритетами, установленными Правительством провинций, что не оставляло им места для маневра. Другая значительная проблема RHA связана с тем, что контроль за финансированием оплаты труда врачей или выпиской лекарств остается за провинциями/территориями, что значительно замедляет процесс укрепления интеграции служб. В отчете поэтому было рекомендовано делегирование большей ответственности RHA.

Несколько провинций внесли значительные изменения в структуру своих RHA. К 2002 г. Британская Колумбия сократила имевшуюся сеть, состоявшую из 52 органов управления здравоохранением и 11 RHA, до 5 RHA (которые в настоя-

^f Большая часть оборудования для сканирования размещена в больницах, но есть некоторое количество и в отдельных самостоятельных клиниках, в основном частных коммерческих клиниках, финансируемых из частных источников. Эти источники включают «платежи из кармана» пациентов и средства частных страховых компаний, а также небольшие суммы доходов из рабочих компенсационных пакетов и иногда – от правительств провинций за обслуживание пациентов в рамках Medicare, за установленное число часов в неделю [2].

щее время осуществляют руководство 16 зонами медицинского обслуживания) и еще одного органа управления провинции, ответственного за провинциальные службы медицинского обеспечения [9]. В 2005 г. наименее населенная провин-

Вставка 4. Отчетность РНА в Альберте

Девять РНА Альберты функционируют в рамках схемы подотчетности, включающей планирование капиталовложений, оценку потребностей, планирование работы служб и бизнес-планирование [15]. В 2003 г. Правительство Альберты впервые опубликовало скользящий трехлетний план капиталовложений, наметивший контуры его обязательств относительно основных капитальных проектов и проектов развития инфраструктуры. В 2005 г. Правительство Альберты выпустило пересмотренное «Руководство по капитальному планированию в здравоохранении» для обеспечения и улучшения эффективности капитального планирования и принятия решений, предоставив РНА более широкие полномочия и независимость в отношении принятия решений по капитальным инвестициям. В руководстве также содержались материалы по регулированию альтернативного финансирования, например, через так называемое государственно-частное партнерство (известное в Канаде как P3s) [9]. В рамках подотчетности Правительство провинции согласовывает с двумя РНА ежегодные целевые затраты на такие медицинские услуги, предоставляемые в масштабах провинции, как трансплантация органов, операции на открытом сердце, помощь при тяжелых травмах и ожогах, а также сложные нейрохирургические вмешательства. Цели определяются на основе таких показателей, как состояние здоровья населения, заболеваемость и тенденции. Способность РНА добиться достижения поставленных задач и соответствующих результатов контролируется ежегодно.

ция Канады, Остров Принца Эдварда, отказалась от регионализации структуры (была создана в 1993 г.) служб медицинского обеспечения.

В 2006 г. в Онтарио была внедрена система 14 локальных сетей интеграции медицинской помощи, ответственных за планирование, интеграцию и распределение финансирования местных служб по охране здоровья (включая больницы и медицинские центры по месту жительства, службу медицинской помощи на дому, долгосрочную медицинскую помощь и службу охраны психического здоровья) в пределах конкретных географических территорий. Работа локальных сетей интеграции медицинской помощи – постепенный процесс, но ожидается, что к 2008 г. будут: (i) разработаны и вступят в действие соглашения по подотчетности и управлению с местными поставщиками услуг с целью улучшения планирования оказания медицинской помощи по всей провинции; (ii) разработаны и осуществляться стратегии, направленные на удовлетворение потребностей населения; работа, проводимая совместно с местными поставщиками услуг, будет нацелена на решение конкретных проблем по охране здоровья; (iii) сети будут ответственны за проведение оценки и отчетность о деятельности их систем по охране здоровья и (iv) будут распределять финансовые средства местным поставщикам медицинских услуг, а также консультировать Министерство здравоохранения провинции относительно местных потребностей в инвестициях [16]. Планирование будет переведено с уровня провинции на региональный уровень.



Другие провинции также недавно стали развивать подобные подходы по укреплению ответственности на местах в отношении оказания медицинской помощи, часто включающие и планирование объема оказания медицинской помощи. В Квебеке в 2004 г. были организованы 95 местных сетей, охватывающих 18 регионов. Эти организации разделяют коллективную ответственность за обслуживание населения в своих географических областях. В Альберте в финансировании местных медицинских центров, управляемых на местном уровне, значительную роль играют поступления согласно контрактам, заключенным с их RHA; эти центры также участвуют в планировании и в партнерских комиссиях на уровне RHA.

В последние годы федеральная политика и политика провинций были сосредоточены на снижении времени ожидания и улучшении доступности медицинской помощи; это внесло свой вклад в рост интереса к планированию. В 2004 г. для стимулирования инвестиций на уровне провинций и территорий и для содействия различным инициативам по снижению времени ожидания на федеральном уровне был создан Фонд уменьшения времени ожидания. В первую очередь фонд используется для реализации актуальных приоритетов, таких как обучение и прием на работу дополнительного квалифицированного персонала, реализация резервов, укрепление потенциала региональных «образцовых» центров, расширение программ амбулаторной помощи и помощи по месту жительства и разработка методов по снижению времени ожидания.

Полномочные представители власти согласились собирать и предоставлять информацию о снижении времени ожидания с помощью следующих механизмов:

- разрабатывая сравнительные показатели доступности квалифицированных медицинских работников и диагностических и лечебных возможностей;
- используя обоснованные стандарты для клинически приемлемого времени ожидания – в первую очередь для онкологических и сердечно-сосудистых заболеваний, процедур диагностического сканирования, операций по замене суставов и восстановлению зрения, – разработанные на уровне министерств здравоохранения федерации, провинций и территорий;
- используя многолетние цели в соответствии с приоритетами;
- используя ежегодные отчеты для населения, подготовленные в провинциях и территориях, показывающие прогресс в достижении многолетних целей по снижению времени ожидания.

Проблема снижения времени ожидания в определенной мере иллюстрирует возрастающий интерес к вопросам национального планирования в конкретных областях сектора здравоохранения.

2. Дания

Краткая информация

Основным отличительным признаком системы здравоохранения Дании, финансируемой из налоговых поступлений, является высокая степень децентрализации организации медицинской помощи. Почти все службы финансируются государством, существует лишь несколько частных коммерческих больниц (в основном в Копенгагене). Планирование ведется главным образом на региональном и муниципальном уровнях и включает в себя заключение соглашений между соответствующим органом власти (советом) и ассоциациями поставщиков услуг (первичная помощь). Здесь, возможно, грядут изменения после проведенной структурной реформы 2007 г., в результате которой 14 административных округов были преобразованы в пять регионов, население каждого из которых насчитывает от 0,6 до 1,6 млн человек. Количество муниципалитетов было сокращено с 271 до 98.

Структурная реформа повлекла за собой частичное перераспределение ответственности: за большинство направлений оказания медицинской помощи стали ответственны регионы, а муниципалитеты приняли ответственность за профилактическую медицину, за программы укрепления здоровья и (внебольничную) реабилитацию [17]. Ожидается, что укрупнение регионов приведет к снижению административных затрат, а также сгладит географические различия в налогообложении⁹ и в оказании медицинской помощи. К тому же большая территория охвата должна способствовать более гибкому реагированию на проблемы в секторе здравоохранения в будущем. Ожидается и усиление роли центральных органов, таких как Национальный совет по здравоохранению, в регулировании и контроле оказания медицинской помощи, что послужит противовесом сильным позициям регионов и обеспечит соблюдение единых стандартов по всей Дании.

Действующие лица процесса планирования

Центральные органы власти устанавливают общие схемы планирования и оказания медицинской помощи главным образом в рамках законодательства. Министерство здравоохранения и подчиняющийся ему Национальный совет по здравоохранению контролируют организацию и оказание медицинской помощи на региональном и муниципальном уровнях и издают рекомендации по отдельным проблемам медицинской помощи. Национального плана по охране здоровья не существует, однако регионы и муниципалитеты разрабатывают планы в подведомственных им сферах.

До недавнего времени контроль центра за планированием (сосредоточенным главным образом на больничной помощи) был в основном неформальным и не

⁹ По контрасту с предшествующей системой местного налогообложения на уровне округов регионы не взимают налоги, а распределяют финансирование через систему государственных грантов, при некотором поступлении средств со стороны муниципалитетов.



закрепленным законодательно. Роль Национального совета по здравоохранению ограничивалась, в целом, обсуждением с советами округов, медицинскими ассоциациями и организациями оказания услуг вопросов распределения по регионам специализированной помощи и выпуском рекомендаций. Хотя округи не обязаны выполнять эти рекомендации, на практике они обычно им следовали.

Однако с января 2007 г. от регионов и муниципалитетов требуется заключать официальные соглашения по шести областям, предусматривающим особый вид координации между службами, организованными на региональном уровне (например, больничными службами) и службами муниципалитетов (например, реабилитационными службами) [17]. Эти соглашения утверждаются Национальным советом по здравоохранению, чья роль была значительно укреплена. Утверждение будет зависеть от того, отвечают ли эти соглашения комплексу требований, затрагивающих такие аспекты, как оценка, стандарты качества, обучение и научные исследования. В настоящее время идет разработка конкретных требований и процедур относительно процесса утверждения.

В то время как на национальном уровне систематическое планирование незначительно, попытки установления некоторых приоритетов все же предпринимаются. Это делалось через ежегодные политические соглашения между национальным Правительством и регионами. Так, например, Министерство здравоохранения и Министерство финансов совместно установили цели относительно расходов на медицинскую помощь после переговоров с «Датскими Регионами» (органом, представляющим общие интересы регионов страны) и Национальной ассоциацией местных органов власти. Однако эти цели не всегда юридически обязательны. При ежегодных обсуждениях бюджета также определяется распределение ресурсов, включая рекомендуемые максимальные уровни местных налогов, уровни государственного субсидирования регионов и муниципалитетов, объемы перераспределения между муниципалитетами и размеры грантов, предназначенных для приоритетных направлений. Отмечается, что центральное правительство все шире использует эти обсуждения как средство влияния на направление развития медицинской помощи [18].

Как отмечено выше, регионы и муниципалитеты являются основными участниками в планировании, организации и оказании медицинской помощи. От них требуется составлять план по оказанию медицинской помощи каждые четыре года (т.е. в соответствии с цикличностью выборов). План должен касаться всех секторов медицинской помощи здравоохранения (регионы: больничная и первичная помощь, оказываемая частной практикой; муниципалитеты: реабилитация, патронаж и сестринская помощь на дому, сестры в общественном здравоохранении, стоматологическая помощь для детей). План оказания медицинской помощи охватывает все виды профилактической и лечебной помощи и включает в определенной степени планирование взаимодействия медицинской и социальной помощи. Процесс планирования в регионах значительно варьируется, но обычно включает проведение совещаний, семинаров и работу совместных комитетов по конкретным вопросам.

Региональные планы обычно содержат оценку здоровья населения и потребности в оказании медицинской помощи. Они также описывают имеющиеся в наличии службы и оценивают характер и уровень взаимодействия между муниципалитетами и с другими регионами.

Затем планы подаются в национальный совет по здравоохранению для замечаний; рекомендации совета не обязательны для исполнения.

Планирование больничной помощи

Регионы регулируют и планируют оказание больничной помощи в первую очередь посредством детализированных бюджетов, в которых конкретно указываются объемы финансирования, характер и стоимость деятельности больниц^h. Каждый регион определяет спектр услуг, предоставляемых каждой больницей. На возможности регионов планировать больничную помощь все большее влияние оказывает переход финансирования больниц на основу их реальной активности, что делает объемы больничных услуг менее предсказуемыми. В настоящее время муниципалитеты не участвуют в больничном планировании. Однако ожидается, что их участие может возрасти в результате административной реформы, предусматривающей перераспределение ответственности.

Национальный совет по здравоохранению планирует распределение дорогостоящего оборудования и оказание специализированной и высокоспециализированной помощи. Эти виды помощи затрагивают приблизительно 10% всех пациентов стационаров. Специализированные вмешательства выполняются в одной больнице на регион, хотя различные виды специализированной помощи не обязательно должны оказываться в одной и той же больнице. Высокоспециализированные виды медицинской помощи предоставляются в одной-трех больницах в стране, в зависимости от вида помощи. Как и все государственные больницы, больницы, оказывающие специализированные и высокоспециализированные виды медицинской помощи, функционируют и финансируются на региональном уровне.

До недавних пор частные коммерческие больницы не участвовали в планировании. Для того чтобы попасть в систему государственных компенсаций, частные больницы должны заключать соглашения с «Датскими Регионами». В рамках этой новой системы частные и государственные больницы должны подавать заявку в Национальный совет по здравоохранению, если они намереваются оказывать специализированные и высокоспециализированные виды медицинской помощи.

^h Бюджет больниц формируется согласно контракту с регионом. Кроме того, больницы все больше получают средств от оплаты их услуг. Были внедрены такие механизмы гарантии расходов, как потолок объемов расходов и системы структуры случаев. Для взаиморасчетов между больницами и между регионами используются клинико-статистические группы (КСГ).



Национальный совет по здравоохранению определяет степень централизации для каждого специализированного вмешательства и место его оказания, принимая в расчет объем предоставляемых услуг и доступность других служб, необходимых для оказания этого вида вмешательстваⁱ. Потенциально эти требования распространяются как на государственных, так и на частных поставщиков медицинских услуг. Однако в настоящее время Национальный совет по здравоохранению не регулирует оказание специализированной и высокоспециализированной помощи частными медицинскими учреждениями, поощряя выход на рынок частных поставщиков услуг. Так, например, операцию по аортокоронарному шунтированию разрешено выполнять всем частным больницам, в то время как только пять государственных больниц получили разрешение на это вмешательство.

Планирование на региональном и муниципальном уровнях все более и более усложняется по мере того, как Правительство, стремясь расширить выбор для пациентов, позволило обращаться за медицинской помощью в больницы, лежащие за пределами региона проживания пациента. На планирование также оказали влияние принятые гарантии времени ожидания для обслуживания, что требует от больниц определения приоритетности выполнения конкретных вмешательств.

Региональные различия и неравенство, которые ранее представлялись как региональные особенности, становятся неприемлемыми, и это находит отражение в позициях Правительства и Парламента страны. Правительство приняло несколько новых инициатив по улучшению стандарта и справедливости оказания медицинской помощи, уменьшая влияние регионов в секторе здравоохранения, либо с помощью мер законодательного характера, либо путем соглашений, заключенных на центральном уровне^j. Например, максимальный период ожидания обслуживания был сокращен с двух месяцев до одного. Это может негативно сказаться на финансовой определенности в регионах, поскольку число пациентов и необходимых услуг может стать менее предсказуемым.

ⁱ Это получило название «специализированная функция», которая относится к предоставлению специализированной помощи при заболеваниях редких, сложных или требующих значительных ресурсов, таких как технологии и оборудование.

^j Примером может служить директива для выполнения всеми регионами, согласно которой каждый пациент больницы должен быть прикреплен к одному контактному лицу на протяжении всего периода стационарного лечения.

3. Англия

Краткая информация

Оказание медицинской помощи в основном финансируется за счет общих налогов, а дополнительным источником финансирования являются отчисления из государственного страхования – взносы, которые уплачиваются как работодателями, так и работниками. Медицинская помощь финансируется государством в виде главным образом обеспечения заработной платы врачей и медицинских сестер в больницах, принадлежащих государству (фондам и трастовым фондам Национальной службы здравоохранения – NHS^k), а также независимых врачей общей практики. Некоторые виды помощи, финансируемые государством, также оказываются частными или добровольными поставщиками услуг. Национальная служба здравоохранения предоставляет всем жителям страны помощь, используя услуги государственных, частных и добровольных учреждений.

Как планирование, так и системы оказания медицинской помощи в Англии имеют иерархическую структуру. Министерство здравоохранения разрабатывает общую схему политики здравоохранения по всем направлениям. Стратегические управления здравоохранения (SHA), учрежденные в 2002 г., осуществляют стратегическое руководство на местах. Фонды первичной медико-санитарной помощи (PCT), также учрежденные в 2002 г. и ответственные за обслуживание населения определенной географической территории, оплачивают услуги медицинских служб, исходя из потребностей местного населения. Чаще это делается посредством заключения договоров на предоставление услуг общей практики, которые оказываются независимыми врачами общей практики, и посредством соглашений с больницами (все чаще основанных на платежах за предоставленные услуги). Фонды первичной помощи могут сами оказывать некоторые виды первичной помощи и помощи по месту жительства. Около 85% общего бюджета NHS в настоящее время направляется Министерством здравоохранения на финансирование PCT. В 2006 г. Стратегические управления здравоохранения и PCT подверглись сокращению – их число уменьшилось с 28 до 10 и с 302 до 152, соответственно, в рамках организационного реструктурирования NHS [19].

Действующие лица процесса планирования

Планирование NHS постепенно перешло от Министерства здравоохранения к SHA и фондам первичной помощи. Министерство здравоохранения по-прежнему удерживает за собой направляющую роль. Министерство разрабатывает общую схему планирования, определяет национальные цели по охране здоровья и принципы, стандарты и приоритеты по оказанию медицинской помощи, которым должна следовать NHS. Министерство один раз в два года отчитывается перед Парламентом и общественностью по финансовым вопросам и прогрессу в достижении целей, поставленных в Правительственном обзоре

^k Трастовые фонды – это больницы NHS, обладающие большей степенью финансовой и административной автономии.



бюджетов министерств на трехлетний период, известном как «Смета расходов». Согласно смете расходов разрабатывается схема плана на трехлетний период [20]. Предназначение этой схемы – обеспечить такое положение дел, при котором местные поставщики услуг вносят вклад в достижение национальных целей и реализацию других политик здравоохранения, как, например, расширение выбора для пациентов или переход на оказание медицинской помощи по месту жительства. При планировании также принимаются во внимание заявления о лучшей практике, выпускаемые централизованно, такие как Схемы национальной службы или указания, разработанные Национальным институтом здравоохранения и клинического качества.

В схеме плана на 2005/06 – 2007/08 гг. установлены стандарты медицинского обслуживания, которым все учреждения NHS должны следовать [20]. В частности, там приводятся критерии качества, которое должны обеспечивать лечебные учреждения, в том числе трастовые фонды NHS и финансируемые NHS частные и добровольные поставщики медицинских услуг, в следующих семи сферах: безопасность, клиническая эффективность и рентабельность; управление; внимание к пациенту; доступность медицинской помощи и ее соответствие потребностям; среда и условия при оказании помощи и здоровье населения. Для каждой из этих сфер схема предусматривает достижение принципиальных результатов, основные стандарты (соблюдение которых обязательно) и стандарты развития (для тех направлений, где ожидается прогресс). Эти стандарты обязательны в дополнение к существующим обязательствам и целям, установленным еще в предыдущем цикле планирования [21], и национальным целям, основанным на Смете расходов 2004 г. и Соглашении об общественных службах на 2005–2008 гг. (см. вставку 5) [22].

Министерство здравоохранения разрабатывает также схему для ежегодного оперативного планирования, опираясь на схему трехлетнего плана. Там указываются спецификация приоритетов в оказании медицинской помощи и национальные цели, соответствующие целям схемы общего плана. Также учитываются положения, касающиеся общей реформы здравоохранения, содержащиеся в ключевых политических документах, которые включают расширение выбора для пациента или постепенное внедрение функционально-стоимостного финансирования больничной помощи, известного также под названиями «платежи по результатам» [19, 25, 26]. Кроме того, оперативная схема определяет параметры, в пределах которых местные организации должны обеспечить соответствующую работу поставщиков услуг NHS, в особенности РСТ, в достижении национальных целей путем выполнения местных планов оказания медицинской помощи (см. ниже). В схеме оперативного плана на 2007–2008 гг. имеются временные рамки для реализации стадий осуществляемой реформы в отношении планирования на местах [27].

С 2003 г. РСТ должны разрабатывать трехлетние планы оказания помощи на местах, показывающие пути достижения целей, намеченных Министерством здравоохранения. Этот процесс представлен ниже:

- Министерство здравоохранения направляет средства в РСТ
- Ожидается, что РСТ в партнерстве с широким кругом заинтересованных участников, включая местные органы власти, фонды и трастовые фонды NHS, другие организации NHS, а также частные и добровольные организации, разработают местный план оказания медицинской помощи, который также включает и план по кадрам. Целью местных планов является удовлетворение местных потребностей и включение национальных приоритетов, установленных в Соглашении об общественных службах Министерства здравоохранения. План строится в соответствии с принятыми на местах сроками планирования и содержит финансовую стратегию и описание, как ресурсы должны использоваться.

Вставка 5. Соглашение Министерства здравоохранения на 2005–2008 гг. о государственных службах

Вышедшее впервые в 1998 г. соглашение о государственных службах было направлено на обеспечение эффективности использования денежных средств из государственных источников и на усиление прозрачности и отчетности, тем самым давая общественности ясное представление о направлениях деятельности и целях правительства. Министерства должны публично сообщать два раза в год о деятельности по достижению намеченных целей.

Соглашение о государственных службах на 2005–2008 гг. для Министерства здравоохранения идентифицирует четыре приоритетных направления, которые стали основой следующих национальных целей:

- *Улучшить здоровье населения:* увеличить продолжительность жизни при рождении в Англии до 78,6 года для мужчин и до 82,5 года для женщин к 2010 г.
 - *Оказывать поддержку лицам с заболеваниями, требующими долгосрочной помощи:* предлагать индивидуальные планы оказания помощи для уязвимых лиц из групп высокого риска, сократить число койко-дней при экстренной госпитализации на 5% к 2008 г.
 - *Улучшить доступность служб здравоохранения:* обеспечить к 2008 г. такое положение, чтобы ни в одном случае время ожидания с момента направления пациента врачом общей практики на стационарное лечение до приема в больницу не превышало 18 нед; увеличить вовлеченность лиц с проблемами наркомании в программы лечения до 100% к 2008 г.
 - *Расширить участие пациентов/потребителей медицинских услуг:* обеспечить положение, чтобы пациенты в полной мере участвовали в принятии решений относительно оказываемой им медицинской помощи, включая реализацию права на выбор поставщика медицинских услуг; поддерживать стремление уязвимого пожилого населения проживать в своих домах; снизить уровень резистентности золотистого стафилококка к метциллину и других «госпитальных» инфекций [23, 24].
- США объединяют местные планы оказания медицинской помощи, подготовленные РСТ, и рабочие планы, подготовленные фондами NHS, чтобы разработать план SHA по оказанию медицинских услуг для соответствующего региона, детализирующий меры по совершенство-



ванию оказания медицинской помощи и укреплению здоровья населения на трехлетний период.

- Местные SHA формируют основу для взаимоотношений между NHS и Министерством здравоохранения и представляют собой также основу для мониторинга прогресса в деле достижения национальных целей на местах.
- Местные планы строятся в соответствии с трехлетним циклом составления сметы расходов правительства и обновляются каждые 2 года с перекрытием на 1 год (т.е. третий год существующего плана становится первым годом нового плана, например, планы на 2003–2006 гг. и 2005–2008 гг.).

Центрального планирования оказания больничной помощи на национальном уровне как такового не существует. Однако через Комиссию по охране здоровья¹ Правительство осуществляет мониторинг деятельности организаций Национальной службы здравоохранения и достижения национальных целей на местном и региональном уровнях [28]. Тем организациям NHS, которые не достигают намеченных целей или не выполняют других взятых на себя обязательств, Министерство здравоохранения предоставляет возможность исправить свои недоработки, а при худшем сценарии производит замену ключевого руководства соответствующей организации.

Больницы (фонды NHS) рассчитывают объемы своей деятельности, исходя из деятельности в предшествующие годы и имеющихся списков ожидания с поправкой на уровень деятельности, необходимый для достижения целевого периода ожидания, который составляет 18 мес. Они обсуждают предполагаемые объемы деятельности с PCT, а затем эти цифры вносятся в соглашение на оказание услуг между организациями. Переговоры между больницами и PCT могут быть длительными и сложными, в зависимости от числа PCT, а также количества и видов обсуждаемых услуг. Заключенные соглашения на оказание услуг между больницами и PCT представляются затем в SHA, где включаются в местные планы по оказанию медицинской помощи.

Планирование капиталовложений

Ответственность за планирование крупных капиталовложений существенно пересмотрена в последние годы. Значительные инвестиции может инициировать непосредственно Правительство, как это проиллюстрировано обязательствами, принятыми по увеличению числа новых больничных зданий на 100 к 2010 г. [25]. С 2003 г. введены в действие новые правила утверждения и порог инвестирования. Фонды NHS и PCT несут основную ответственность за выявление потребностей в инвестициях и за разработку так называемого

¹ Комиссия по охране здоровья проводит ежегодную ревизию, в процессе которой оценивается деятельность каждого фонда NHS в Англии. При этом проверяется широкий спектр направлений – от оценки общего качества лечебной помощи (включая безопасность для пациентов, санитарные условия и время ожидания) до того, как фонды расходуют финансовые средства. Результаты ревизии публикуются на сайте Комиссии: (<http://www.healthcarecommission.org.uk>).

«полного бизнес-случая», обосновывающего финансовые обязательства. Процесс разработки бизнес-случая управляется централизованно с помощью принятых этапов планирования (см. ниже) [29].

Процедуры планирования капиталовложений могут различаться в зависимости от размера инвестиции. В целом, фонды NHS и PCT имеют право инвестировать до 10 млн фунтов стерлингов в строительство, информационные технологии и дорогостоящее оборудование без предварительного одобрения со стороны SHA или Министерства здравоохранения. Однако сумма, которая может быть израсходована, зависит от того, как работает организация. Так, фондовые организации, имеющие наивысшие рейтинги («отличные» или «хорошие») по ежегодной оценке их деятельности, проводимой Комиссией по охране здоровья, могут расходовать до 10 млн фунтов стерлингов без предварительного утверждения, тогда как организации, деятельность которых оценивается ниже («удовлетворительно» или «слабо»), могут потратить лишь 1 млн фунтов стерлингов, не получая на то предварительного одобрения [30]. Для инвестиций, которые требуют финансирования через лизинговые сделки, сумма, подлежащая утверждению, может быть меньше. Инвестиции в интервале от нижнего предела, определяемого по оценке деятельности, и до 25 млн фунтов стерлингов требуют одобрения SHA. Этот порог установлен для всех инвестиций в сооружение учреждений, информационные технологии и инвестиционные проекты, финансируемые через «Частную финансовую инициативу». SHA могут также расходовать до 5 млн фунтов стерлингов на инвестиции по своему выбору [20]. Любые инвестиции, превышающие 25 млн фунтов стерлингов, требуют получения одобрения со стороны Министерства здравоохранения. Инвестиции в размере, превышающем 100 млн фунтов стерлингов, требуют одобрения Министерства финансов [30].

Трастовые фонды NHS располагают большей свободой в отношении капиталовложений. В частности, им разрешается привлекать средства из частного (и государственного) сектора и реинвестировать любую прибавочную стоимость, полученную от своей деятельности [29]. Наблюдатель (или монитор)^m, независимый регулятор трастовых фондов, устанавливает «благоразумный предел заимствования» для каждого трастового фонда: лимит основывается на оценке способности фонда погасить заем. Заимствование на частном финансовом рынке поддерживается «условиями займа», учрежденными Министерством здравоохранения, которые предоставляют трастовым фондам подтверждение их кредитоспособности. Через «условия займа» можно также получить доступ к долгосрочным кредитам государственного сектора. Условия таких кредитов схожи с условиями, принятыми в коммерческом секторе [29].

^m Наблюдатель был введен в 2004 г. Его основная роль – выдача лицензий «высокоэффективным» фондам NHS на право функционировать в качестве трастовых фондов, а также регулирование деятельности этих фондов, с тем чтобы обеспечивать их деятельность в рамках, определенных лицензией.



Особые правила регламентируют строительные схемы, финансируемые Частной финансовой инициативой, в соответствии с тем, как они были установлены в Акте о NHS от 1997 г. Схема Частной финансовой инициативы была внедрена в 1992 г. с целью поощрения частных инвестиций в финансирование государственных проектов, которые в противном случае были бы полностью зависимы от государственных доходов или заимствований у государства. Согласно схеме Частной финансовой инициативы NHS, консорциум частных инвесторов должен подать заявку на участие в инвестиционных проектах, предусматривающих как строительство, так и руководство неклиническими секторами больниц, нередко на период от 30 лет или более.

Из 57 построенных больниц, которые уже функционировали к 2006 г. (в сравнении с целевой цифрой 100, согласно плану NHS), 48 получали финансирование через Частную финансовую инициативу [29].

Ответственность за утверждение схем Частной финансовой инициативы возложена на Отдел расходов на здравоохранение Министерства финансов [31]. Хотя большая доля ответственности за это была делегирована Министерству здравоохранения, Министерство финансов сохраняет за собой полномочия утверждать схемы Частной финансовой инициативы, которые являются в какой-то мере новыми или потенциально неоднозначными, вне зависимости от размера капиталовложений. Для схемы Частной финансовой инициативы с планируемыми инвестициями в размере 25 млн фунтов стерлингов или более от соответствующего фонда NHS требуется подготовить «стратегический план случая» в сотрудничестве с основным инициатором проекта – SHA или PCT. В нем должны быть представлены гарантии того, что большие инвестиции соответствуют нуждам местного здравоохранения, местным стратегиям в области охраны здоровья и имеющимся местным ресурсам [31]. Затем проект рецензируется другими SHA, входящими в техническую группу, координируемую и руководимую Министерством здравоохранения. Техническая группа отчитывается перед советом по управлению Министерства, который в свою очередь дает рекомендации по определению приоритетов министрам [32].

Как только схема определения приоритетов будет отобрана, фонд NHS и SHA совместно готовят «план бизнес-случая», который должен быть одобрен соответствующим исполнительным региональным бюро NHS [31]. Этот план должен показать, что выбранный вариант для инвестиций прошел строгую оценку по следующим аспектам: оценка альтернативных схем финансирования (т.е. должно быть проведено сравнение с вариантом финансирования со стороны государственного сектора); анализ монетарных и немонетарных затрат и выгод; участие заинтересованных соответствующих (клинических) сторон в разработке схемы. После одобрения в течение одного месяца этот план должен быть опубликован фондом NHS. Формально процедуры материально-технического снабжения регламентируются Правилами государственных закупок Европейского союза и включают официальное объ-

явление о проекте в журнале «Official Journal of the European Communities» [33]. Фондам NHS рекомендуется исследовать рынок на предмет поиска потенциальных подрядчиков и оценить возможности для привлечения частных инвесторов. После выражения интересов потенциальные подрядчики приглашаются на переговоры, которые предусматривают несколько стадий детализации и отбора. Для схем с размером капитала в 25 млн фунтов стерлингов или более формальное приглашение на переговоры требует одобрения Министерства здравоохранения [33].

Окончательные заявки оцениваются специальной группой, в которую входят руководство фонда NHS, представители соответствующего SHA или PCT, представители клинических профессий и юридический, финансовый и технический советники фонда NHS. Оценка проводится в соответствии с критериями, включающими такие аспекты, как дизайн и службы, экономическая приемлемость, капитальные затраты, наличие рисков, объем финансов, нефинансовые факторы, механизмы платежей, контрактные условия, гарантии, план на случай непредвиденных обстоятельств и гибкость/варианты [33]. После выбора консорциума подрядчиков все аспекты схемы в деталях совместно обсуждаются фондом, финансистами и проектной компанией. После этого фонд NHS должен разработать полный бизнес-план, который должен быть одобрен Министерством здравоохранения и Министерством финансов (когда необходимо) перед тем, как проект перейдет в стадию финансового заключения. Контракты Частной финансовой инициативы требуют затем сертификации Государственным секретарем или старшим государственным чиновником, действующим от его (ее) имени. Этот контракт принимает форму «соглашения о работах при внешнем финансировании», согласно положению о частном финансировании Акта о NHS (1997). Рекомендуется, чтобы фонд NHS назначил наблюдателя, контролирующего соблюдение и выполнение всех условий контракта.

4. Финляндия

Краткая информация

В Финляндии планирование оказания медицинской помощи характеризуется высокой степенью децентрализации, поскольку ответственность за планирование и организацию медицинских служб лежит на муниципалитетах. Муниципалитеты занимаются организацией первичной помощи и через больничные округа (всего их 20, каждый из них включает несколько муниципалитетов) – организацией вторичной и третичной помощи. Муниципалитеты могут присоединиться к любому больничному округу и также могут «покупать» услуги у других больничных округов или у частных поставщиков⁹.

До 1993 г. от муниципалитетов требовалось предоставлять ежегодно региональному руководству здравоохранением скользящие планы на пятилетний период, чтобы получить право на государственное субсидирование. Эти планы строго регламентировались и входили в национальный план по охране здоровья населения, разрабатываемый Национальным комитетом здравоохранения. Однако в 1993 г. в результате реформы системы государственного субсидирования комитет был упразднен, как и вся система централизованного планирования. С тех пор каждый муниципалитет получает единовременную субсидию на оказание медицинской помощи от центрального Правительства. Размер субсидии рассчитывается с помощью различных числовых формул для каждой из пяти категорий услуг: медицинская помощь лицам пожилого возраста и долгосрочная стационарная помощь; консультации врачей и медицинских сестер; другие виды первичной помощи, такие как профилактические мероприятия и лечение профессиональных заболеваний; специализированная медицинская помощь и психиатрическая помощь. Теоретически муниципалитеты могут использовать субсидии в любых целях, даже не относящихся к оказанию медицинской помощи (например, субсидировать программу образования или местные нужды).

Была некоторая озабоченность тем, что такое распределение ответственности за планирование медицинской помощи и ее оказание может усилить неравенство между регионами в отношении доступности медицинской помощи. Однако признаков того, что существующие различия между регионами стали более значительными с момента реформы 1993 г., не наблюдается. Больничные округа смогли эффективно укрепить свои позиции, расширив роль вторичной помощи по отношению к другим секторам медицинской помощи. С 1993 г. увеличилось число врачей, занимающихся оказанием специализированной помощи.

В феврале 2005 г. Правительство предложило реформу муниципальной структуры для создания «четкой структурной и финансовой основы ... для служб, за которые в настоящее время ответственны муниципалитеты, с целью

⁹ На практике муниципалитеты редко оставляют свой и присоединяются к другому больничному округу. Они могут закупать услуги специалистов у внешних провайдеров, но такие закупки обычно составляют небольшую долю специализированных услуг.

обеспечения организации и оказания услуг, соответствующих требуемым стандартам качества, эффективности, доступности, результативности и передовым технологиям» [34]. Это предложение решает озабоченность относительно финансовых трудностей, с которыми сталкиваются муниципалитеты при удовлетворении потребностей лиц пожилого возраста в медицинской и социальной помощи, а также относительно кадровых проблем в области оказания помощи. Реформа предусматривает слияние муниципалитетов для создания значительной популяционной основы для обслуживания. Ожидается, что проводимая реформа приведет к значительному изменению законодательной и административной базы государственных служб, что окажет существенное влияние на организацию медицинской помощи [35].

Новые подходы к организации медицинской помощи в настоящее время используют в различных регионах по всей стране, что часто принимает форму «районов медицинской помощи», которые предполагают интеграцию различных аспектов первичной и вторичной помощи (и часто социальной помощи лицам пожилого возраста). Выдвигаемые инициативы в настоящее время широко варьируются, но в целом ожидается, что усилия будут предприняты в направлении гармонизации, например, путем слияния Акта о первичной помощи (1972) и Акта о специализированной медицинской помощи (1989), что может предоставить общую основу для интеграции медицинской помощи [36].

Действующие лица процесса планирования

Ответственность за планирование и организацию медицинских служб в основном лежит на 416 муниципалитетах. Роль центрального Правительства, представленного Министерством социального обеспечения и здравоохранения, ограничивается главным образом установлением общих рамок для организации и принципов оказания медицинской помощи в основном через национальное законодательство. Центральное Правительство занимается распространением сравнительных данных по охране здоровья и медицинским службам и необязательных для выполнения рекомендаций для муниципалитетов («управление информацией»). В 2006 г. Министерство финансов провело оценку этой стратегии и ее влияния на некоторые секторы социальной службы, включая службы медицинской помощи [37]. При этом выявили разные проблемы, в частности, недостаточную порой координацию между различными каналами коммуникаций и потенциальную напряженность между «управлением информацией» и другими механизмами регулирования (например, механизмом разработки схемы и механизмом финансового управления).

В 2002 г. Правительство инициировало Национальную программу по гарантированию будущего медицинской помощи. Причиной этого была необходимость быть готовыми к большим проблемам, связанным с демографией населения пожилого возраста, технологическим прогрессом, новыми угрозами здоровью населения и потребностью в повышении квалификации медицинского персонала.



В рамках этой программы Министерство принимает все большее участие в руководстве развитием медицинского обслуживания на местах в основном путем целевого финансирования отдельных проектов^о.

Однако есть сомнения относительно эффективности таких подходов: они могут привести к фрагментации «перевернутой вверх дном» деятельности в рамках проектов на местном и региональном уровнях и в конечном итоге к неудаче в реформировании сектора здравоохранения в целом. Сейчас обсуждается вопрос пересмотре роли (существующего, но не используемого в полной мере) Целевого и оперативного плана по социальному обеспечению и медицинской помощи, так как до сих пор план служил для обозначения широких стратегических целей, но лишь незначительно влиял на оказание медицинской помощи. Этот документ может быть разработан в виде основной схемы для единого национального плана реформ для реализации на местном и региональном уровнях.

Планирование больничной помощи

Принятие решений по вопросам больничной помощи осуществляют советы и исполнительные комитеты больничных округов. Члены советов и комитетов больничных округов избираются (вслед за муниципальными выборами) на срок 4 года. Состав советов и комитетов отражает пропорцию голосов, отданных за каждую политическую партию. Главный механизм планирования включает ежегодное проведение переговоров и заключение соглашений между больничными округами и конкретными муниципалитетами. Реальный процесс принятия решений и планирования варьируется по разным больничным округам и муниципалитетам, отражая различия в численности населения и площади территории, количестве учреждений и других факторах.

Больничные округа охватывают население численностью от 100 тыс. до 1,2 млн жителей и ответственны за оказание стационарной и амбулаторной специализированной медицинской помощи всем пациентам в регионе. Больничные округа планируют больничную помощь, включая коечный фонд для стационарного лечения. Существует лишь несколько общих стандартов для планирования больничной помощи, и не существует норм относительно численности койко-мест. Результаты работы больницы рассчитываются главным образом на основе эпизодов диагностических групп, что заменяет предыдущую систему подсчета, исходя из койко-дней.

В 1997 г. Национальный научно-исследовательский центр социального благосостояния и охраны здоровья (STAKES), больничные округа и два госпитальных фонда начали Оценочный больничный проект, который впоследствии охватил почти все государственные специализированные службы медицинской помощи в стране.

^о С 2003 г. сотни подобных проектов были начаты. Они были нацелены в основном на пять ключевых областей: первичная медицинская помощь и профилактическая медицина; доступность лечения; доступность и квалификация персонала; функциональное и структурное реформирование; стабильное финансирование медицинской помощи.

Полученные данные с 2006 г. стали включать в национальную статистику и использовать для выявления областей для усовершенствования подразделений и служб, поскольку они отражают техническую эффективность [38]. Они включают данные, полученные на индивидуальной основе, о затратах, диагностике и процедурах на один случай лечения (случай может включать несколько госпитализаций и амбулаторных визитов). Проект продолжает развиваться, планируется также предоставление данных по экономической рентабельности служб.

В больших больничных округах планирование ведется по субокругам, состоящим из нескольких муниципалитетов. Однако между больничными округами и субокругами может возникнуть конфликт интересов: субокруга могут пытаться увеличить потенциал своих больниц, тогда как округа в целом могут стараться избавиться от лишнего потенциала, что требует сотрудничества с субокругами, и концентрировать деятельность по субокругам с тем, чтобы повысить эффективность. Такой подход относительно принятия решений часто вызывает напряжение между больничными округами и муниципалитетами, поскольку муниципалитеты обычно предпочитают обеспечивать доступность специализированной помощи в ближайшей больнице.

Больничные округа также ведут переговоры с муниципалитетами или группами муниципалитетов (так называемый подход «управление соглашениями») относительно задач, стоящих перед службами. Задачи обычно устанавливаются для амбулаторных и стационарных услуг и рассчитываются, исходя из цифр относительно предоставления услуг в прошлом, включая, например, число хирургических вмешательств, число и продолжительность госпитализаций и количество амбулаторных приемов. В некоторых случаях учитываются изменившиеся демографические показатели и показатели заболеваемости. Многие задачи определены на основе классификации случаев по диагностическим группам. Соглашения по задачам все чаще включают в себя показатели качества, но использование показателей качества еще продолжает эволюционировать. Важно отметить, что эти соглашения не представляют собой формальный контракт [7].

Планирование капиталовложений

Капиталовложения планируются администрацией больничных округов при консультациях с представителями муниципалитетов, через советы и исполнительные комитеты больничных округов. Планирование долгосрочных инвестиций (т.е. на срок около 10 лет) обычно инициируется и осуществляется больничным округом и основывается на оценке существующей инфраструктуры и часто в соответствии с десятилетней программой эксплуатации/модернизации собственности. Программный документ представляет собой оперативный план, подготовленный больничным округом, который направлен на поддержание адекватной инфраструктуры, имея в виду больницы. В плане учитываются ожидаемые демографические изменения (возрастная структура населения и его мобильность, а также тенденции заболеваемо-



сти), делается попытка предусмотреть технологические изменения (продолжительность пребывания в стационаре или новые процедуры, доступные в амбулаторных условиях). План формирует основу для совместного принятия решений больничными округами и относящимися к ним муниципалитетами относительно размера инвестиций.

Краткосрочные инвестиции часто предлагаются субокругами в порядке приоритетных нужд больниц в данном районе. Больничные округа затем принимают решение относительно того, соответствуют ли эти инвестиции существующему долгосрочному плану относительно инвестиций. Окончательное решение относительно любых крупных инвестиций принимает совет больничного округа.

Планирование первичной помощи

Единых законодательства или стандартов для планирования звена первичной помощи не существует, и муниципалитеты используют разные методы планирования и распределения ресурсов. Некоторые большие города используют формулы, подобные тем, что используются при распределении государственных субсидий для оказания первичной помощи.

Недавние нововведения, повлекшие за собой изменения в оказании первичной помощи, вероятно, повлияют в будущем и на процесс планирования. В некоторых городах начаты пилотные проекты, призванные повысить участие альтернативных поставщиков услуг медицинской помощи в рамках первичного звена. Новые подходы включают создание подобия внутренних рынков в государственном секторе, привлечение наилучших исполнителей первичной помощи (обычно услуги по вызову или службы консультирования по телефону), а также покупку всего пакета первичной медицинской помощи у коммерческих поставщиков услуг/компаний для определенной географической территории. Если эти подходы получат широкое распространение, они, вероятно, вызовут необходимость нового типа планирования. Действительно, новые методы регулирования интеграции государственных и частных поставщиков услуг уже испытываются. Однако окончательные выводы не могут быть сделаны до тех пор, пока не будет проведена оценка.

5. Франция

Краткая информация

Система здравоохранения Франции финансируется в основном за счет социального медицинского страхования (SHI) – Securite Sociale – и налоговых поступлений, она обеспечивает всесторонне покрытие потребностей всех жителей страны. Медицинская помощь осуществляется как государственными, так и частными поставщиками услуг, при этом амбулаторная помощь (общей практики и специализированная) в основном оказывается в кабинетах-бюро врачей. Больницы имеются как частные, так и государственные: государственные больницы делятся на региональные, общие или местные, в зависимости от размера и уровня специализации [6].

Система постепенно децентрализуется на региональный уровень и управление системой оказания медицинской помощи (главным образом, больничной помощью и сектором общественного здравоохранения, включая финансирование в рамках системы SHI) было в большой степени передано от центрального Правительства регионам. Многие аспекты планирования были переведены из центрального Министерства здравоохранения в региональные органы управления [39], в то же время регионам были предоставлены более широкие полномочия путем создания 22 региональных RHA (agencies regionales d'hospitalisation, ARHs), в настоящее время ответственных за финансирование больниц. Это не относится к амбулаторной помощи, хотя есть планы повысить роль ARHs, разрешив им осуществлять надзор за оказанием медицинской помощи в данном регионе. Из-за тревоги по поводу того, что процесс децентрализации может усилить потенциальное неравенство между регионами, Министерство здравоохранения оставило за собой контроль за некоторыми секторами охраны здоровья, например, скрининг и лечение в онкологии, скрининг на гепатит С. Министерство также устанавливает точный комплект услуг, которые должны предоставляться в регионах (см. ниже).

Действующие лица процесса планирования

Ответственность за планирование ресурсов и потенциала системы оказания медицинской помощи разделяется между центральным Правительством, представленным Министерством здравоохранения, и ARHs. Другие корпоративные действующие лица, такие как федерация частных и государственных больниц, профессиональные организации, фонды медицинского страхования и представители общественности, также участвуют в процессе планирования и могут играть важную роль во время консультаций.

Планирование в основном ведется на региональном уровне и включает региональные конференции по вопросам здравоохранения и ARHs. Министерство здравоохранения играет руководящую роль, выпуская каталог медицинских услуг, которые регионы должны включать в свои планы. Этот каталог основан на оценке потребностей на национальном уровне и на национальных (порой политически мотивированных) приоритетах. В настоящий



момент каталог включает медицинские услуги в таких основных областях, как общая медицина, хирургия, перинатология, реабилитация, интенсивная терапия, медицинское сканирование, психиатрия, паллиативная помощь и помощь определенным группам населения – лицам пожилого возраста, детям и подросткам, а также помощь при некоторых заболеваниях, например при хронической почечной недостаточности, раке.

Региональные конференции по вопросам здравоохранения собирают всех участников, задействованных в организации, финансировании и оказании медицинской помощи, т.е. фонды медицинского страхования, федерации больниц, профессионалов в области медицины и представителей пациентов. На конференциях оцениваются региональные потребности, обсуждаются и определяются региональные приоритеты в оказании медицинских услуг и вырабатывается стратегия их претворения в жизнь. Например, 10 регионов выделили предоставление услуг «недополучающему медицинскую помощь» населению в качестве дополнительного приоритета, что привело к созданию около 300 центров, работающих круглосуточно^Р. Конференции проходят в каждом регионе, а их резолюции используются в процессе планирования в регионах. Их задачей также является предоставление информации национальной конференции по вопросам охраны здоровья и Министерству здравоохранения о региональных проблемах и потребностях.

Реализация стратегии осуществляется главным образом путем выполнения Регионального стратегического плана по охране здоровья (Schema Regionale d'organisation Sanitaire, SROS), который разрабатывается ARHs в процессе консультаций с участниками регионального уровня, перечисленными выше [39]. Стратегический план является наиболее важным инструментом регионального планирования и сосредоточен на планировании больничной помощи и дорогостоящих видах лечения и технологиях, имеющихся в больницах. В этих планах ставятся общие стратегические цели в области оказания медицинской помощи, определяются приоритеты, задачи, а также устанавливаются количественные задачи и определяется распределение лечебных учреждений в пределах региона (см. ниже).

С 2003 г. региональные стратегические планы включили в себя Национальную медицинскую карту (Carte Sanitaire). Национальная медицинская карта была количественным инструментом планирования Министерства здравоохранения и делила каждый регион на секторы оказания медицинской помощи и секторы психиатрической помощи, а также определяла нормы соотношения количества коек и количества населения для основных дисциплин медицины для данной территории. Карта основывалась на общенациональных средних показателях и включала данные о дорогостоящем оборудовании (диагностическом

^Р Под «недополучающими медицинскую помощь» здесь понимаются население в географических районах с недостаточным снабжением и маргинальные в социально-экономическом отношении группы населения с ограниченным доступом к службам здравоохранения.

и лечебном), используемом в больницах или где-либо еще, а также данные о реабилитации и длительной медицинской помощи.

Однако в отличие от предыдущих национальных норм планирования целью региональных стратегических планов стала большая привязка оказания медицинской помощи к потребностям местного населения. Региональный стратегический план составляется на период в 5 лет. Третья очередь регионального планирования (Стратегический план-3) стартовала в июне 2006 г., охватывая период 2006–2010 гг.

Стратегическое планирование требует от ARHs провести оценку потребностей населения в медицинских услугах на основе данных о региональном использовании медицинской помощи и демографических данных, с учетом заболеваемости и смертности. Данные для каждого региона анализируются и сравниваются с данными, полученными в других регионах, для того чтобы установить потребность и недостаток или избыток снабжения. Принимаются в расчет и оценки экспертами будущих тенденций в отношении потребности и технологических изменений, обоснованных в большинстве случаев эпидемиологическими данными и тенденциями, наблюдаемыми в других странах (главным образом в Соединенных Штатах Америки). Экспертами являются в основном «лидеры мнений» в своих областях, которые выбирают ARHs; они оказывают значительное влияние на процесс планирования. Имеются опасения, что они могут преследовать и определенные личные интересы, поскольку обычно являются представителями больничных департаментов, находящихся в центре процесса планирования.

Планирование больничной помощи

Больницы во Франции регламентируются едиными рамками, в равной степени применимыми к частным коммерческим, частным некоммерческим и государственным поставщикам услуг. Компенсация затрат медицинских служб осуществляется через систему государственного медицинского страхования при условии, что службы аккредитованы Министерством здравоохранения, независимо от их статуса.

ARHs обычно отвечают за планирование оказания услуг и за выдачу разрешений больницам оказывать услуги в рамках системы SHI; они также осуществляют контроль за любыми изменениями в существующей инфраструктуре больниц, включая процессы реструктуризации и объединения. Исключение составляют новая реконструкция больниц (как частных, так и государственных) и многопрофильные центры неотложной помощи, находящиеся в ведении Министерства здравоохранения⁹.

⁹ В настоящее время во Франции идет реконструкция лишь нескольких новых больниц. Один из примеров – госпиталь Помпиду в Париже. Его реконструкция предполагает перевод отделений неотложной помощи в отделения реабилитации и длительного лечения. За конвальной больницы осуществляют надзор региональные власти, так как считается, что они находятся в лучшем положении для выполнения этой функции и лучше могут удовлетворять местные потребности.



Как уже было сказано, региональные стратегические планы являются ключевыми инструментами планирования больничной помощи, определяя потенциал служб путем установления числа учреждений в каждом регионе и каждом субрегионе для каждого типа услуг (включая общую медицину, хирургию, охрану материнства, неотложную помощь и травматологию, неонатологию, лучевую терапию, интенсивную терапию в кардиологии и психиатрическую помощь, а также дорогостоящее техническое оборудование, например, оборудование для магнитно-резонансного сканирования). В планах определен объем каждого типа услуг, где будущие объемы сравниваются с предыдущими. Объемы услуг относятся к таким единицам, как, например, число пациентов, учреждений, койко-дней (продолжительность госпитализации), число проведенных процедур и госпитализаций, и выражаются как минимальное или максимальное число услуг или как соотношение, показывающее увеличение/уменьшение числа по сравнению с предыдущим уровнем оказания услуг (см., например, стратегический план для Ile de France [40]).

Обоснование планирования скорее связано с объемами оказанных услуг, чем с соотношением койко-мест и количества населения (как это было в предыдущей национальной системе, называемой медицинской картой), оно ограничивает завышенные поставки, что является постоянной проблемой для таких регионов, как Париж и юг Франции. Помимо того что планирование является средством контроля за расходами, основанное на объемах предоставляемых услуг, оно нацелено на улучшение деятельности поставщиков услуг и в конечном счете качества медицинского обслуживания.

С 2005 г. стратегические планы также формируют правовую основу целевых соглашений между больницами и ARHs в соответствующем регионе. Целевые соглашения определяют ответственность каждой больницы относительно числа и типа аппаратуры, и они предоставляют спецификацию объема предоставляемых услуг. Соглашения обычно составляются на период от трех до пяти лет и требуют получения одобрения от ARHs на оказание услуг (включая дорогостоящие технологии). Контракты также требуют оценки существующего потенциала и объемов услуг, которая должна проводиться по меньшей мере за 14 мес до истечения срока действующего контракта.

Целевые соглашения подвергались критике со стороны Федерации больниц, которая выдвигала аргументы в пользу того, что определение объемов услуг ограничивает маневренность больниц в ответ на изменения в потребностях (например, в случае закрытия соседней больницы). Отклонения от следования целевым соглашениям пока не наказуемы, но в настоящее время идет обсуждение введения финансовых штрафов. Новая модель контракта для Стратегического плана-3, прошедшая обсуждение между Министерством здравоохранения и Федерацией больниц, вступила в действие в апреле 2007 г.

6. Германия

Краткая информация

Система здравоохранения Германии финансируется главным образом через систему социального медицинского страхования (SHI), основанную на поступлениях от работодателей и работающих по найму. Системой SHI охвачено 88% населения, около 10% населения имеют дополнительные частные медицинские страховки, а менее 1% не охвачены никакими формами медицинского страхования [41]. Пользователям медицинских услуг предоставлено право свободного выбора (по контракту) поставщиков как амбулаторной, так и стационарной помощи, а с 1996 г. и доступа к фондам социального обеспечения по болезни.

Больницы принадлежат различным государственным, благотворительным/религиозным и частным коммерческим организациям, которые ими и управляют. Амбулаторная помощь предоставляется в основном в кабинетах-бюро врачей первичного звена и специалистов, которым была официально предоставлена монополия на оказание внебольничной медицинской помощи, хотя в последние годы ситуация постепенно меняется [41].

Доля частных коммерческих больниц в последние годы неуклонно возросла и ожидается, что этот рост продолжится и в будущем. В 2005 г. владельцами 26,6% всех больниц были частные коммерческие организации, а в 2002 г. их доля составляла 23,7%. За то же время доля коек частных больниц выросла с 8,9% до 12,4%, что иллюстрирует более стремительный, в среднем, рост коечного фонда в частных больницах по сравнению с благотворительными и государственными больницами [42].

Принятие решений в секторе здравоохранения Германии осуществляется федеральным правительством, федеральными землями и корпоративными структурами (см. ниже). Ответственность сторон установлена в Социальном кодексе, содержащем основные правила регулирования системы социального медицинского страхования Германии. В соответствии с общим подходом принятия решений, планирование потенциала характеризуются децентрализацией ответственности и включают множество действующих лиц. Централизованное планирование, таким образом, проводится редко, деятельность по планированию в основном происходит на уровне земель.

Планирование наиболее заметно в больничном секторе, поскольку амбулаторная помощь обычно не является предметом планирования. Единственным исключением является регламентация максимального числа врачей по специальностям, которым разрешено практиковать в пределах одной географической территории.

Действующие лица процесса планирования

Федеральное правительство в целом отвечает за разработку общей законодательной схемы, однако регулирование на этом уровне ограничивается несколькими специфическими областями, такими как обеспечение качества.



Федеральный объединенный комитет (*Gemeinsamer Bundesausschuss*), наивысший орган самоуправляемой системы здравоохранения Германии, ответственный за принятие решений[†], проводит переговоры и устанавливает минимальные объемы для некоторых (селективных) хирургических вмешательств (некоторые виды онкологических заболеваний, трансплантация органов и замена коленного сустава); эти процедуры больницы обязаны проводить для того, чтобы иметь право на получение денежного возмещения. Это является юридически обязательным для всех определенных видов услуг, оказываемых больницей в рамках установленной законом системы (т.е. предоставляемых пациентам, имеющим SHI). В то время как федеральное регулирование еще достаточно редко и ограничивается в основном вопросами гарантий качества, ожидается, что в будущем здесь возрастет роль Федерального объединенного комитета.

Согласно Федеральному законодательству, ответственность за планирование больничной помощи закреплена за землями. В соответствии с Федеральным актом о финансировании больниц от 1972 г. каждая земля должна обеспечить стабильное финансирование всех больниц на своей территории согласно больничному плану (см. ниже) и должна гарантировать, что больничная помощь удовлетворяет потребности населения по приемлемой цене при наличии разнообразия достойных поставщиков услуг. Актом о финансировании больниц также введен принцип «двойного финансирования» для стационаров, оказывающих неотложную помощь, что предусматривает инвестирование, финансируемое как на уровне земель, так и на федеральном уровне (через налогообложение), в то время как оперативные расходы оплачиваются фондами медицинского страхования или частными пациентами (которые, как правило, получают компенсацию от частных страховых компаний).

В рамках Федерального законодательства каждая земля разрабатывает свое законодательство для больниц, которое включает специфическое для конкретной земли законодательство, больничный план и программы инвестиций. Поэтому в различных субъектах федерации (землях) характер, рамки и методы планирования могут значительно различаться. Также могут различаться и целевые единицы в плане от учреждений до отделений, а в некоторых землях вплоть до определения точного числа коек.

Важно, что планирование тесно связано с финансированием больниц и поэтому имеет отношение ко всем больницам, оказывающим медицинскую помощь

[†] Федеральный объединенный комитет был учрежден в 2004 г. Он является ответственным за определение пособий, установленных законом, и за определение стандартов качества амбулаторной помощи, стационарной и межсекторальной медицинской помощи. Комитет представляет федеральную ассоциацию установленных законом фондов медицинского страхования, федеральную ассоциацию групп поставщиков медицинских услуг (врачи системы социального страхования, стоматологи и больницы), организации пациентов, а также независимых членов, номинированных либо плательщиками, либо поставщиками услуг.

пациентам, застрахованным в системе SHI, независимо от собственника больницы или ее статуса (государственная, частная некоммерческая или частная коммерческая). Все больницы, которые включены в больничный план земли, имеют право на финансирование долгосрочных инвестиций со стороны государства. Включение в больничный план является также неременным условием для получения больницей возмещения расходов на услуги из SHI⁵.

Капиталовложения финансируются в виде одноразовых грантов (*Pauschalfürderung*) или специальных грантов (*Einzelfürderung*). Гранты распределяются в соответствии с целями и процедурами, указанными в соответствующем законодательстве земли. Однако в то время как все больницы, включенные в государственный больничный план, имеют право на финансирование, реальный его уровень будет зависеть от бюджета правительства земли и политических приоритетов (ниже подробно описано на примере земли Северный Рейн-Вестфалия – CPB).

Корпоративные структуры, участвующие в процессе финансирования или оказания больничной помощи, обычно играют активную роль в больничном планировании. Так, процесс планирования часто включает длительный процесс переговоров между руководством земли (например, Министерство здравоохранения) и представителями региональных ассоциаций больниц, региональных ассоциаций фондов социального обеспечения по болезни, региональных ассоциаций врачей SHI и представителей частных медицинских страховых компаний.

Ожидается, что внедрение принципа финансирования больниц с использованием «диагностических групп», поэтапно проводимого с 2003 г., окажет влияние на рамки и процедуры планирования в больничном секторе. Опрос, проведенный в 2003 г., экспертов, участвовавших в больничном планировании, показал, что 39 из 67 респондентов предсказывали проведение общей реструктуризации имеющихся служб во всех регионах, сопровождающейся закрытием нескольких больниц или больничных отделений из-за возросшей конкуренции и ценового давления [8]. «Диагностические группы» были внедрены с целью повышения рентабельности больничного сектора и поддержки наметившейся тенденции в отношении специализации и регионализации. Здесь кроется опасность подорвать основные цели больничного планирования на уровне земель, которые обеспечивают оказание помощи соответственно потребностям населения. Поэтому вопрос о больничных инвестициях, возможно, необходимо пересмотреть в свете имеющегося конфликта интересов.

⁵ Долгосрочные инвестиции определяются как капиталовложения в больничные здания, их техническое обслуживание и реконструкцию, а также вложения в оборудование (используемое более 3 лет). Оперативные расходы и краткосрочные инвестиции на срок до 3 лет берут на себя фонды медицинского страхования. Только недавно фонды медицинского страхования попросили взять на себя ответственность за 1,1% инвестиционного бюджета больниц.



Планирование больничной помощи в федеральной земле Северный Рейн-Вестфалия

В земле СРВ¹ больничное планирование регламентируется Актом о больницах СРВ, последний пересмотр которого производился в 1998 г. Акт устанавливает характер и рамки больничного плана СРВ, в котором определяются статус и будущее развитие больниц и учреждений профессионального образования в отношении оказания населению доступных и эффективных видов помощи в соответствии с потребностями [43].

Министерство здравоохранения СРВ отвечает за разработку больничного плана (обновляемого каждые 2 года), который устанавливает основные рамки для планирования больничной помощи. Это происходит в процессе консультаций с основными заинтересованными партнерами, среди которых региональные ассоциации больниц, фонды медицинского страхования, представители протестантской и католической церкви², представители ассоциации частных медицинских страховых компаний, три уровня администрации, т.е. городская, районная и муниципальная, а также региональные власти СРВ (так называемые *Landschaftsverbände*). Участники формируют Комитет по больничному планированию, форум для дискуссий и достижения консенсуса между заинтересованными лицами/организациями. Комитет также дает рекомендации относительно приоритетных направлений, структуры и организации медицинской помощи.

Со времени введения двойного финансирования в 1972 г. процесс больничного планирования и условия финансирования капиталовложений претерпели существенные изменения, укрепив позиции больниц и медицинских страховых фондов. На планирование больничной помощи также оказывают влияние и 10 целей по охране здоровья для земли СРВ, которые впервые были определены в 1995 г. [44].

План СРВ предлагает схему для больничного планирования, определяет приоритетные направления и разрабатывает модели для регионального планирования [45]. В этой схеме изложены общие принципы планирования и их законодательная база для всех секторов больничной помощи. Например, принципы включают адекватность, эффективность, рентабельность, доступность, качество помощи и плюрализм поставщиков услуг и права собственности. Схема также определяет общий комплект количественных индикаторов, таких как распределение в пределах региона, количество госпитализаций, уровень занятости коек и продолжительность пребывания в стационаре, для использования в качестве основы для определения коечного потенциала.

¹ Насчитывая около 18 млн человек населения в 54 городах и районах, СРВ является крупнейшей из земель Германии.

² Католическая и протестантская церкви в Германии традиционно играют важную роль в оказании медицинской и социальной помощи. В СРВ большинство больниц принадлежат церкви и управляются ею. И католическая и протестантская церкви часто вовлечены в социальный сектор в качестве представителей общественности.

Концепции планирования включают формулу Хилла-Бартон (Hill-Burton) для расчета коечного потенциала для каждой специализации [(население \times показатель госпитализаций \times средняя продолжительность пребывания в стационаре \times 100) + (уровень занятости коек \times 100 \times 365)]^ν. Реальный расчет коек и потребностей лечебного потенциала подробно описан в моделях регионального планирования.

Формула Хилла-Бартон применяется в большинстве сфер стационарной помощи, за исключением некоторых высокоспециализированных и дорогостоящих видов лечения, к которым относятся: высокоспециализированная акушерская и перинатальная помощь, трансплантация органов и костного мозга, кардиохирургия, лечение обширных ожогов и тяжелых черепно-мозговых травм, лечение некоторых инфекционных заболеваний, некоторые специфические виды терапии лекарственной зависимости, а также клиническая фармакология, инсультные отделения, хирургическое лечение эпилепсии и лечение парализованных больных [46].

Больничный план определяет также в деталях организационную структуру оказания помощи в таких приоритетных областях, как акушерская помощь, трансплантация и паллиативная помощь, путем, например, определения типов поставщиков услуг, необходимых для сотрудничества, и путем уточнения подходов по интеграции медицинской и социальной помощи. Начиная с 2002 г. наблюдается общий сдвиг в сторону регионализации больничной помощи, особенно в областях, подпадающих под действие нового Федерального закона, устанавливающего минимальные объемы услуг^ν для отдельных вмешательств [47]. Тенденция специализации и регионализации получила еще большее ускорение с введением «диагностических групп», как это уже было отмечено ранее [8].

Больницы получают формальное уведомление о включении их в больничный план четвертым уровнем администрации (*Bezirksregierung*), который специфичен для земли СРВ и функционирует между правительством земли и руководством района. В уведомлении указываются число коек и лечебный потенциал, требуемый для каждой специальности, а также спектр услуг, которые больница должна оказывать, в том числе и обязанности больницы в

^ν Занятость коек обычно устанавливается нормативно и варьируется в различных землях и зависит от специальностей. В СРВ уровень варьируется от 68% (охрана материнства) до 90% (психиатрическая помощь), отражая различия в средней продолжительности пребывания в больнице. Величины устанавливаются после переговоров Министерства здравоохранения соответствующей земли с различными заинтересованными сторонами. Более низкие показатели указывают на уступку больнице, позволяя большему количеству коек оставаться «в резерве» по специальностям с высокими значениями среднего оборота из-за более короткого периода пребывания в стационаре, которые труднее планировать. Подобные уступки могут быть одной из причин медленного уменьшения числа больничных коек в Германии.

^ω На 21 марта 2006 г. минимальные объемы услуг были установлены для трансплантации печени (20 операций на больницу в год), трансплантации почек (25), сложных хирургических вмешательств при раке пищевода (10) и раке поджелудочной железы (10), пересадки костного мозга и стволовых клеток (25) и для замены коленного сустава (50) [47].



области профессионального образования, а также в отношении внутреннего и внешнего контроля качества. Формально больница имеет право в течение установленного времени возразить по поводу условий, содержащихся в уведомлении, но, если возражений нет, условия являются обязательными для исполнения. Уведомление представляет собой юридическую основу, на которую опирается финансирование капиталовложений, объявленное руководством земель.

В СРВ, так же как и в других землях (например, в Баварии и в земле Баден-Вюртемберг), специализированная медицинская помощь обычно организована в три уровня. Наименее специализированные услуги предоставляются в базовых учреждениях, а третичная помощь оказывается на региональном уровне и уровне земель. Каждая больница обязана оказывать помощь по охране материнства (уровень 1), при этом сложные случаи направляются в 1 из 26 специализированных центров акушерства и неонатологии (уровень 2) или 1 из 16 перинатальных центров (уровень 3). Центры акушерства и неонатологии имеют, по меньшей мере, одно акушерское отделение и одно педиатрическое отделение с минимум четырьмя койками для интенсивной терапии, а также службу неонатальной скорой помощи для своевременной транспортировки новорожденных с осложнениями из обычных родильных учреждений. Эти службы могут быть организованы сетью вовлеченных больниц и клиник. Один центр акушерства и неонатологии должен обслуживать минимум 3000 родов в год в радиусе 50 км. Перинатальный центр должен располагать минимум десятью койками для интенсивной терапии новорожденных и обслуживать минимум 5000 родов, большинство из которых относятся к группе высокого риска.

Трехуровневая система была внедрена в 1989 г. вслед за признанием факта, что младенческая смертность в Германии выше, чем в других промышленно развитых странах. Согласно больничному плану земли СРВ на 2001 г., трехуровневая система улучшила оказание помощи. Но, несмотря на доступность специализированной помощи в центрах акушерства и неонатологии и перинатальных центрах, одна треть всех родов высокого риска происходит в неспециализированных больницах, что вызывает сомнения в адекватности системы. Такие службы, как неонатальная скорая помощь, нацелены на решение этой проблемы [46].

7. Италия

Краткая информация

Медицинская помощь в Италии финансируется главным образом из национальных и региональных налоговых поступлений и оказывается Национальной службой здравоохранения. Ответственность за организацию и финансирование медицинской помощи лежит на 19 регионах и двух автономных провинциях. Они располагают существенными законодательными, административными и регуляторными полномочиями, а последовательная политика правительства укрепила их автономию [3]. Каждый регион, однако, использует свою автономию по-разному. Северные регионы в целом более успешны в создании эффективной структуры оказания медицинской помощи, в руководстве и мониторинге, нежели регионы юга, отражая (и усиливая) политические и культурные различия, а также различия между системами здравоохранения, сложившиеся в различных регионах [47].

Регионы получают доходы для государственных служб, в том числе и для медицинской помощи, путем сбора региональных налогов и средств пользователей за услуги. Механизм фискального уравнивания (Национальный фонд солидарности) позволяет переводить национальные фонды (в настоящее время 25,7% от полученного национального налога на добавочную стоимость) в регионы, поддерживая те из них, которые самостоятельно не способны обеспечить достаточное финансирование.

Региональные департаменты здравоохранения осуществляют надзор за оказанием медицинской помощи, предоставляемой местными медицинскими учреждениями (см. ниже), фондами государственных больниц и частными аккредитованными больницами в пределах своего региона. Они устанавливают законодательные рамки, в которых функционируют поставщики услуг, и осуществляют мониторинг их деятельности в отношении качества, адекватности и эффективности оказания услуг. Они являются ответственными за оценку нужд населения в области охраны здоровья и за управление финансовыми ресурсами, выделенными Министерством здравоохранения и полученными из региональных налоговых поступлений^{*}.

В регионах за организацию большинства медицинских услуг ответственны местные учреждения здравоохранения (Aziende Sanitarie Locali, ASL). ASL предоставляют медицинскую помощь через государственные больницы неотложной помощи и реабилитационные больницы, через «медицинские районы», ответственные за первичную медицинскую помощь и через «отделы укрепления здоровья», занимающиеся деятельностью по укреплению здоровья, оказанию помощи по месту жительства и профилактике болезней [48]. ASL обладают значительной самостоятельностью в управлении ресурсами и организации медицинских служб, они руководствуются рамками плана, определенными центральными и региональными

^{*} Распределение национальных фондов осуществляется по сложной формуле с учетом численности населения и его возрастного состава, а также заболеваемости, межрегиональной миграции, перинатальной и младенческой смертности и данных о расходах на медицинскую помощь за прошлые годы.



департаментами здравоохранения. Общее число ASL постепенно было снижено с 659 (в 1978 г.) до 195 (в 2007 г.), отражая давление относительно необходимости усиления административной эффективности, их число на регион в настоящее время варьируется от 22 (Ломбардия) до 1 (Валле Д'Аоста и Тренто) [49].

В рамках Национальной службы здравоохранения медицинская помощь также оказывается через независимые государственные больничные фонды, обычно это большие больницы с высоким уровнем специализации (которые включают университетские клиники), а также частных поставщиков услуг (включая частные некоммерческие и коммерческие больницы, некоммерческие социальные организации, оказывающие помощь на дому, а также радиологические лаборатории). Частным поставщикам услуг необходима аккредитация, полученная в регионах для того, чтобы получать от государства возмещение расходов за оказанную помощь [47].

Действующие лица процесса планирования

Планирование медицинской помощи осуществляется совместно центральным Правительством и регионами. Министерство здравоохранения устанавливает общую схему и разрабатывает трехлетний национальный план с помощью своего Департамента планирования здравоохранения. Пакет услуг, который должен быть доступен каждому жителю страны (основной уровень помощи), определяется и регулярно обновляется центральным Правительством [2]. Национальный план по охране здоровья формулирует национальную стратегию в области оказания медицинской помощи, а также устанавливает цели, задачи и показатели деятельности: например, в национальном плане на 1998–2000 г. включены пропаганда здорового поведения и образа жизни, борьба с основными болезнями, защита уязвимых групп населения, улучшение окружающей среды и качества медицинской помощи [3]. Каждая цель разбивается на задачи (приоритетные направления для вмешательства), которые и должны выполняться на региональном уровне. Многие задачи привязаны к конкретным количественным показателям^у [49].

Бюджет и стратегии, а также цели, задачи и индикаторы обсуждаются с представителями региональных департаментов здравоохранения. Регионы также предлагают конкретные темы и стратегии для включения в национальный план. После принятия окончательного варианта национальный план здравоохранения является обязательным для всех RHA, а за его выполнением следит обсерватория, созданная Департаментом планирования Министерства здравоохранения.

Региональные департаменты здравоохранения затем преобразовывают национальный план в региональные планы. Регионы занимаются организацией оказания помощи в рамках, установленных национальной схемой плана, в соответствии со своими потребностями, и определяют свои собственные цели. Однако существует

^у В плане на 1998–2000 г. только две из пяти целей (а именно «пропаганда здорового поведения и образа жизни» и «борьба с основными болезнями») включали количественные задачи. Другие задачи были сформулированы достаточно неконкретно в отношении видов деятельности, которые необходимо было проводить. Начиная с 2000 г. большинство задач основаны на показателях смертности [1].

некоторая озабоченность по поводу того, поскольку национальные цели не являются обязательными, региональные департаменты здравоохранения могут выбирать только те цели из национального плана, которые соответствуют региональным потребностям и политической линии [3]. Другая существенная озабоченность проистекает из ограниченных возможностей национальных и региональных органов управления здравоохранением осуществлять мониторинг реализации стратегий по выполнению задач из-за недостатка данных [3].

ASL и независимые фонды больниц должны разрабатывать трехлетние стратегические планы, согласованные с целями региональных планов [49]. В ASL и больничных фондах главные руководители, назначаемые соответствующим региональным департаментом здравоохранения, являются ответственными за обеспечение соответствия целей стратегического плана согласованному бюджету. Как план, так и бюджет обсуждаются на переговорах между ASL или больничным фондом и региональным департаментом здравоохранения. ASL в сотрудничестве с региональным департаментом здравоохранения выбирают организации, предоставляющие услуги из тех, что имеют аккредитацию Национальной службы здравоохранения, на основании сравнительной оценки качества и цен. Затем проходят переговоры по контрактам между ASL и поставщиками услуг. В договорах указываются конкретные объемы, цены и качество предоставляемых услуг каждым поставщиком, а также включены штрафы за превышение согласованных объемов [49].

Региональный департамент здравоохранения планирует капиталовложения, использование дорогостоящих медицинских технологий и коечный потенциал. Планирование больничного потенциала обычно включает как государственные, так и частные (коммерческие и некоммерческие) учреждения^z. Услуги, предоставляемые в рамках амбулаторной помощи, обычно не планируются, хотя влияние регионального планирования на амбулаторные службы может возрасти. Постоянное давление по поводу сдерживания цен стимулирует организационные изменения, например такие, как заключение договоров на оказание услуг, что может иметь влияние на планирование.

Региональные департаменты здравоохранения подотчетны национальному Министерству здравоохранения. Региональные планы здравоохранения и их выполнение обсуждаются также Руководящей конференцией государства, регионами и автономными провинциями. Конференция проводится Министерством региональных дел и собирает 21 президента регионов и автономных провинций. На конференции проходят переговоры, в первую очередь политического характера, относительно стратегий, целей и бюджетов между центральным и региональным руководством.

^z Все государственные и частные поставщики услуг должны быть аккредитованы. Региональные департаменты здравоохранения предоставляют аккредитацию новым поставщикам услуг, основываясь на двух критериях: (1) оценке качества организационной, руководящей и технологической инфраструктуры поставщика услуг и опыта и практики медицинских профессионалов и (2) оценке объема услуг, добавляемого новым поставщиком к способности региона предоставлять условленный пакет помощи в рамках имеющегося бюджета. Аккредитация, однако, не означает, что услуги будут автоматически финансироваться из государственных источников [2].



8. Нидерланды

Краткая информация

Система оказания медицинской помощи Нидерландов переживает серьезный процесс реструктуризации, начавшийся с реформы 2006 г., в результате которой медицинское страхование стало обязательным для всех жителей страны. В новом формате все жители страны имеют право на получение одинакового для всех полного пакета медицинских услуг, который они «покупают» у частных медицинских страховых компаний^{аа}. Можно выбрать и добровольное страхование, которое покрывает дополнительные услуги. Медицинская помощь обычно оказывается частными поставщиками услуг как в амбулаторном, так и в больничном секторах. Больницы традиционно принадлежат частным некоммерческим организациям. Со времени реформы 2006 г., однако, разрешается и частным коммерческим поставщикам выходить на рынок. В настоящее время они состоят в основном из так называемых независимых лечебных организаций, которые предлагают определенные услуги, но ожидается, что доля частных коммерческих поставщиков в будущем возрастет.

Ключевой чертой голландской системы является строго децентрализованный подход в отношении политики и принятия решений во многих секторах, включая и медицинскую помощь. Правительство устанавливает законодательную основу, но большинство решений, касающихся медицинской помощи, является предметом переговоров между корпоративными игроками, включая представителей медицинской профессии, страховых компаний и иногда пациентов, а также представителей национальных или региональных структур.

В Нидерландах также выработан уникальный тип регулируемого рынка медицинской помощи, где правительство несет общую ответственность за систему здравоохранения, тогда как организации по оказанию медицинской помощи оставлены на рынке, но при этом они подлежат надзору со стороны Правительства и подчиненных ему органов (например, Совета учреждений медицинской помощи Нидерландов). Реформа 2006 г. допускает дальнейшее расширение автономии поставщиков услуг и страховых компаний в организации медицинской помощи. Однако, если работа системы нарушается, то Правительство имеет право аннулировать решения корпоративных действующих лиц.

Действующие лица процесса планирования

Планирование медицинской помощи стало серьезной проблемой в 1970-х годах, что было вызвано возникшей озабоченностью по поводу контроля за расходами в социальной системе и общественного мнения о том, что медицинские учреждения плохо распределены [50]. В ответ на это Правительство разработало детальные планы по охране здоровья (главным образом для больничного сектора), основываясь на таких нормах, как число коек на специальность. Акт

^{аа} Частные фонды медицинского страхования включают бывшие социальные фонды медицинского страхования.

больничной помощи 1997 г. обеспечил возможность Правительству регулировать строительство всех больниц и учреждений по оказанию медицинской помощи и делегировать исполнение решений управлениям здравоохранения провинций^{bb}.

С середины 1980-х годов планирование рассматривалось, как что-то, что душит развитие и инновации в секторе медицинской помощи (см. Dekker Report, 1987^{cc}). Планирование постепенно было замещено более ориентированным на рыночные отношения подходом, который сконцентрировался в основном на разработке рамок и рыночном регулировании, а не на планировании сверху. Сегодня планирование на национальном уровне ограничено лишь несколькими направлениями: это строительство новых больниц, например, все еще требующее получения официального разрешения; это сдвиг в политике, что является отражением изменения роли Министерства здравоохранения, которое переходит от авторитарного руководства к стратегическому установлению основ, к регулированию и надзору. Его активная в прошлом роль в планировании медицинской помощи в большой степени сейчас заменена оценкой исполнения и обеспечением качества, контролируемого Инспекцией медицинской помощи.

Планирование больничной помощи

До недавних пор правительства провинций были ответственны за разработку планов больничной помощи: каждый такой план включал оценку существующих учреждений и общий план организации работы служб на запланированный период [50]. Принятый в 2006 г. Акт о поставщиках медицинских услуг передал процесс планирования региональным организациям поставщиков медицинской помощи, которые в сотрудничестве с медицинскими страховыми компаниями должны разработать планы оказания неотложной больничной помощи. Затем планы должны быть одобрены Правительством, особенно те, которые содержат существенные инициативы, такие как новые строительные проекты. На сегодняшний день пока еще мало надежной информации о деталях и качестве этих региональных планов или об эффективности этого нового процесса планирования, связанного с поставщиками медицинских услуг.

Строительство больниц и их реструктуризация требуют получения разрешения Министерства здравоохранения, и ожидается, что этот процесс будет играть все возрастающую важную роль в регулировании деятельности провайдеров больничной помощи. Процедура получения разрешения обычно проводится в рамках подхода «решение в каждом конкретном случае» и

^{bb} В Нидерландах существуют три уровня управления – центральный, провинциальный и местный (муниципальный).

^{cc} В 1987 г. Комитет Деккера опубликовал отчет «Желание перемен» (Commissie Dekker, Bereidheid tot Verandering. Rapport van de Commissie Structuur en Financiering Gezondheidszorg, The Hague 1987). Комитет был образован Правительством для оценки структуры и финансирования голландской системы здравоохранения. Отчет включал в себя рекомендации, направленные на контролирование развития медицинской помощи (по объемам) и предлагал реформирование и дерегулирование системы медицинского страхования.



является предметом переговоров таких региональных участников, как региональные страховые компании и больничные ассоциации. Остается неясным, каким образом и до какой степени такие факторы, как оценка потребностей, определяют успешное получение разрешения.

Все инвестиции в больничный сектор финансируются из частных источников, и финансовую ответственность обычно несет поставщик услуг. Таким образом, у руководителей больниц есть мощный стимул для разработки детализированных бизнес-планов, проектирующих деятельность, уровень использования и необходимость в инвестициях. Вмешательства со стороны регулирующего органа, т.е. Министерства здравоохранения и подведомственных ему органов, очень редки, хотя теоретически возможны. Учитывая новизну системы и ее потенциальное влияние на поставщиков медицинских услуг и организации по оказанию медицинской помощи, сейчас трудно предсказать, усилит ли Правительство в будущем свое вмешательство. Однако есть вероятность того, что регулирование может быть усилено в случае, если система оказания помощи, которая по возрастающей становится все более частной, окажется не в состоянии оказывать качественную медицинскую помощь в доступной и справедливой форме.

Инвестиции в медицинские технологии не планируются централизованно, и существует несколько ограничений на приобретение больницами дорогостоящих технологий. Такие технологии, как новые методы терапии или фармацевтические препараты, должны получать разрешение к использованию от Совета по медицинскому страхованию и Министерства здравоохранения, для того чтобы получить квалификацию для возмещения издержек на оказание помощи от установленной законом страховой системы. Официально главными критериями для утверждения являются стоимость и эффективность и анализ рентабельности, проводимый Советом по медицинскому страхованию, который играет важную роль в принятии решений. Затраты оцениваются Организацией по научным исследованиям и развитию Нидерландов. Рентабельность, однако, все же может являться не единственным критерием, поскольку другие интересы (такие, как общественное мнение и профессиональные предпочтения) также могут влиять на решение.

Одна из нескольких ситуаций, когда Правительство все еще играет центральную роль в планировании, это использование Акта об отдельных видах медицинского обслуживания (2000 г.), который раньше регулировал более широкий круг медицинских вмешательств и все еще применяется в отношении определенных видов услуг и медицинских технологий. Эти виды услуг либо требуют разрешения Министерства здравоохранения, либо инициированы самим Министерством посредством директивных распоряжений больницам о предоставлении какого-либо медицинского вмешательства. Больницам необходимо получить такое разрешение для проведения трансплантации органов (включая трансплантацию гемопоэтических стволовых клеток), лучевой терапии, некоторых видов нейрохирургических операций, операций на открытом сердце, имплантации автоматического дефибрилля-

тора, кардиохирургических вмешательств по поводу аритмии, чрескожной транслюминальной коронарной ангиопластики, генетического консультирования, экстракорпорального оплодотворения и для работы отделений интенсивной терапии для новорожденных. Услуги, в отношении которых могут даваться директивы, включают: оказание медицинской помощи в педиатрических отделениях интенсивной терапии, службы по лечению гемофилии, травматология, реабилитация лиц с болевым синдромом, лечение с помощью кохлеарных имплантов, а также услуги в медицинских центрах по лечению лиц с ВИЧ/СПИДом. Министерство может также потребовать от больниц поддержки специальных бригад по донорству органов. Как разрешения, так и директивы обычно включают оценку потребностей и представляют собой так называемую «окончательную санкцию», посредством чего Правительство имеет возможность влиять на оказание медицинской помощи, обычно с целью содействия сбалансированному распределению новых технологий в оказании медицинской помощи.

9. Новая Зеландия

Краткая информация

Система здравоохранения Новой Зеландии финансируется за счет общих налоговых поступлений и дополнительно из средств, собранных за оплату медицинских услуг и обязательного социального страхования травм и несчастных случаев. Согласно Акту Новой Зеландии «Об общественном здравоохранении и помощи инвалидам» 2000 г. ответственность за организацию и планирование большинства служб медицинской и социальной помощи была передана от центрального Правительства 21 новообразованной администрации регионов – региональным советам по здравоохранению (DHB). Этот Акт также упразднил Администрацию по финансированию здравоохранения, которая ранее несла ответственность за распределение ресурсов для оказания медицинской помощи и оплату услуг на национальном уровне [51].

Большинство членов DHB избирается общедоступным голосованием. Они отчитываются перед избирателями и в обязательном порядке перед Министерством здравоохранения^{dd}. Региональные советы ответственны за управление финансовыми ресурсами и оплату финансируемых государством медицинских услуг и долгосрочного лечения в своих регионах. Они владеют и управляют государственными больницами неотложной помощи и психиатрическими больницами, оказывающими в основном вторичную и третичную помощь [52]. Существуют также и некоторые частные больницы, которые заключают контракты с региональными советами или работают независимо (главным образом в области избирательной хирургии и лабораторных услуг). DHB также оплачивают все больше услуг первичной медицинской помощи, заключая контракты с негосударственными «организациями первичной медицинской помощи» (PHO), функционирующими, исходя из числа обслуживаемых больных, и которые были учреждены в 2002 г., после принятия Стратегии первичной медицинской помощи 2001 г. 81 PHO образуют области оказания первичной помощи с государственным финансированием и субсидируют доступ к врачам общей практики за низкую плату, охватывая 93% населения (на июль 2005 г.). Членство в таких организациях для пациентов и поставщиков медицинских услуг добровольное. Однако Правительство создало мощные финансовые стимулы для поставщиков первичной медицинской помощи для их вступления в эти организации путем предоставления дополнительного финансирования (помимо рамок, ограниченных Стратегией первичной медицинской помощи), направленного на устранение существующего неравенства в предоставлении медицинской помощи, и ее использования, которое проводится через эти организации.

^{dd} Каждый DHB включает до 11 членов. Считается, что DHB должен отражать состав и этническое разнообразие соответствующего населения и включать различных специалистов и отражать интересы Министерства благодаря назначению до четырех его членов. Каждый совет должен создать консультативные комитеты по здравоохранению и охране здоровья местного населения, по больницам и по вопросам нетрудоспособности.

Региональные советы получают поддержку от четырех новообразованных «агентств совместного обслуживания» в таких вопросах, как переговоры по контрактам, мониторинг выполнения договорных обязательств и оценка потребностей.

Действующие лица процесса планирования

В результате реформ 2000 г. ответственность за управление медицинской помощью делят центральное Правительство и ДНВ. В 2000 г. Правительство страны разработало всестороннюю Стратегию развития здравоохранения Новой Зеландии, в которой изложены видение оказания медицинской помощи на 10-летний период и политические основы для функционирования региональных советов по здравоохранению.

Эта национальная стратегия устанавливает принципы, цели и задачи для системы здравоохранения и выделяет приоритетные области, такие как профилактика и лечение онкологических заболеваний, диабет, ожирение, борьба с курением, а также охрана здоровья народа маори. В стратегии нет подробных указаний, какие именно конкретные задачи должны быть решены или каким образом должна оказываться помощь. Единственное исключение представляют некоторые приоритетные области, для которых Правительство предлагает дополнительные стратегии («набор методологий»), а в ряде случаев – конкретный план действий. «Набор методологий» представляет собой, однако, скорее указания по политике, нежели строго обязательные правила или задачи, которые редко носят количественный характер и решение которых обычно не предусматривает поощрение.

Национальная стратегия по охране здоровья встроена в законодательные рамки и связана с другими стратегиями в секторе здравоохранения и с более широкими межведомственными стратегиями, направленными на охрану здоровья населения (такими, например, как стратегия по укреплению семьи или улучшению безопасности на дорогах). Координируют их реализацию с другими агентствами региональные советы по здравоохранению (ДНВ) и Министерство здравоохранения.

В общую схему включены основы оперативной политики, предусматривающей отчетные обязательства для ДНВ. Она включает также стратегический план по охране здоровья на пятилетний период, ежегодное заявление о намерениях, ежегодный оперативный план, а также регулярные ежемесячные и квартальные отчеты по оценке прогресса в выполнении ежегодного плана. Стратегические планы должны разрабатываться каждые 5–10 лет при консультациях с общественностью и подлежат утверждению Министерством здравоохранения [52]. Заявление о намерениях – это основной отчетный документ, представляемый ДНВ Парламенту страны. В нем очерчена работа региональных советов в отношении укрепления здоровья населения и дана оценка их деятельности. За неудовлетворительную работу на региональные советы по здравоохранению или их членов Министерством здравоохранения может быть на-



ложено взыскание. Министерство имеет также право направлять работу региональных советов, назначать Королевского наблюдателя, который докладывает министру о работе совета, замещать совет специальным уполномоченным или смещать членов совета и заменять его председателя или заместителя председателя [52]. Высказывалось мнение о том, что такая степень контроля со стороны центра может подорвать автономию ДНВ в планировании и принятии решений, тем самым нарушая рациональное планирование и ослабляя ответственность региональных советов за свою деятельность [53].

Региональные ежегодные оперативные планы составляют основу для соглашений о финансировании между ДНВ и Министерством. План определяет направления и приоритеты в деятельности по оказанию медицинской помощи в пределах данного географического региона и обычно включает все сферы медицинской помощи (т.е. больничную, амбулаторную помощь и помощь по месту жительства).

Вставка 6. Годовой план ДНВ Кентербери

Годовой план региона Кентербери определяет стратегии по пяти основным направлениям:

- (i) улучшение состояния здоровья в обществе,
- (ii) идентификация лучших путей для совместных действий,
- (iii) разработка инновационных моделей интеграции служб,
- (iv) совершенствование кадрового состава службы медицинской помощи,
- (v) руководство больничных служб и служб медицинской помощи в Новой Зеландии.

Стратегия разрабатывалась коллективно, в процессе консультаций с общественностью. В плане содержится обзор действий, необходимых для достижения стратегических целей. Для каждого действия определены временные рамки, показатели результатов и показатели для оценки деятельности. План также содержит информацию по адаптации национальных стратегических приоритетов, по финансированию службы медицинской помощи и управлению финансовыми ресурсами.

Региональные годовые планы сильно варьируются, частично из-за различий в потребностях на местах и способностях регионов эффективно организовать и управлять службами оказания медицинской помощи (см. вставку 6).

Ежегодные оперативные планы требуют от ДНВ проведения оценки потребности населения в медицинской помощи в своем регионе и выявления факторов, которые могут негативно влиять на здоровье, а также оценки влияния оказания медицинской помощи на здоровье [54]. Степень детализации подобных оценок варьируется, как, впрочем, и их использование при планировании и установке приоритетов. Считается, что, несмотря на стремление к проведению оценок потребностей в медицинской помощи, их результаты пока оказывают незначительное влияние на планирование и принятие решений о поставках [53].

Региональные советы по здравоохранению заключают ежегодные соглашения с негосударственными организациями первичной помощи, а также с частными больницами и другими независимыми поставщиками услуг [52]. Для государственных больниц, находящихся в ведении ДНВ (т.е. являющихся их поставщиками услуг), заключаются внутренние соглашения об оказании услуг, и контракты с теми группами поставщиков, которые относятся к другим региональным советам. В контрактах и соглашениях на оказание услуг определяются их виды и объемы (иногда также задачи, если считается, что услуги в какой-то области недопредставлены), финансовые условия и в некоторых случаях качественные индикаторы, такие как контракты с «оплатой по результату» для некоторых селективных услуг, оказываемых организациями первичной помощи (в настоящее время в процессе разработки). Не будучи напрямую вовлеченным, Правительство все же может оказывать влияние на контрактные соглашения, вводя дополнительные меры финансового стимулирования, для того чтобы интенсифицировать активность в определенных областях. Региональные советы по здравоохранению должны гарантировать Министерству, что они предоставляют равные возможности для лечения как в государственном, так и частном секторах [52].

В 2006 г. Правительство предложило схему для координации принятия коллективных решений в тех случаях, когда решения одного регионального совета по здравоохранению могут вызвать последствия для других советов [55]. Документ касается новых видов медицинских вмешательств, капиталовложений и изменений конфигурации служб, имеющих межрегиональное или национальное значение. Там также предусмотрена возможность коллективного рассмотрения предложений о сокращении или изъятии инвестиций.

Многочисленные структурные изменения, которые претерпела система здравоохранения страны за последние 15 лет, а также относительно новый подход к децентрализации закупок, обуславливают весьма ограниченное общее планирование или регламентирование новых технологий. В 1997 г. был проведен анализ на национальном уровне дислокации и масштаба высокоспециализированных больничных служб [52]. Четыре основных региональных совета по здравоохранению, обладающие такими службами (Окленд, Уэллингтон, Христчерч и Данедин), сейчас предпринимают попытки согласовать точки зрения всех ДНВ относительно использования и расположения дорогостоящих медицинских технологий.

Значительные капиталовложения регламентируются отдельно, согласно Правилам по инвестициям (2003) [56]. Национальный план по капиталовложениям Министерства здравоохранения устанавливает требования относительно долгосрочных инвестиций в государственный сектор системы оказания медицинской помощи, идентифицируя и расставляя приоритеты для значительных капиталовложений (например, новые больницы или расширение больниц) на десятилетний период. На уровне регионов каждый ДНВ должен разработать Стратегический финансовый план, охватывающий последующие пять лет,



и годовой Стратегический план управления активами, гарантирующие, что принятие решений об инвестициях хорошо информационно подкреплено. Капиталовложения региональных советов должны быть одобрены Министерством здравоохранения и Министерством финансов, если:

- инвестиции превышают 10 млн новозеландских долларов (5,3 млн евро) или 20% всех активов регионального совета по здравоохранению;
- инвестиции требуют капитальной государственной субсидии;
- инвестиции потенциально влияют на деятельность региональных советов; или если
- инвестиции расцениваются Министерством здравоохранения и/или Министерством финансов как вложения высокого риска.

Инвестиции в информационные системы и коммуникационные технологии требуют одобрения Министерства здравоохранения, если:

- инвестиции превышают 3 млн новозеландских долларов (1,6 млн евро);
- инвестиции не согласуются со Стратегическим планом по информационным системам сектора здравоохранения; или
- инвестиции не поддерживаются Региональной финансовой группой^е (любые инвестиции, превышающие 500 тыс. новозеландских долларов (267 тыс. евро), требуют одобрения Региональной финансовой группы).

Инвестиции в технологии в пределах 500 тыс. и 3 млн новозеландских долларов (1,6 млн евро) требуют одобрения Министерства здравоохранения [56].

^е Региональные финансовые группы созданы в каждом регионе страны для улучшения координации в принятии решений между региональными советами по здравоохранению. Группы состоят из представителей каждого DHB соответствующего региона.

ЛИТЕРАТУРА

1. Figueras J. Effective health care planning – the role of financial allocation mechanisms. London: University of London, 1993.
2. France G., Taroni F. The evolution of health-policy making in Italy. *Journal of Health Politics, Policy and Law* 2005;30:169–187.
3. France G., Taroni F. Starting down the road to targets in health. The case of Italy. *European Journal of Public Health* 2000;10:S25–29.
4. Department of Health. Private finance initiative (PFI). Available from: <http://www.dh.gov.uk/en/Procurementandproposals/Publicprivatepartnership/Privatefinanceinitiative/index.htm>, accessed 1 May 2007.
5. Ministry of the Interior and Health. The local government reform – in brief. Available from http://www.im.dk/publikationer/government_reform_in_brief/index.htm, Accessed 2 August 2006.
6. Sandier S., Paris V., Polton D. Health care systems in transition: France. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies, 2004.
7. Jaervelin J. Health care systems in transition: Finland. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies, 2002.
8. Muller U., Offermann M. Krankenhausplanung im DRG-System. Expertenbefragung des Deutschen Krankenhausinstituts. Dusseldorf: Deutsches Krankenhausinstitut, 2004.
9. Marchildon G. Health systems in transition: Canada. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies, 2005.
10. The Standing Senate Committee on Social Affairs Science and Technology. The health of Canadians: the federal role (Final report vol 6). Available from <http://www.parl.gc.ca/37/2/parlbus/commbus/senate/com-e/soci-e/rep-e/repoct02vol6-e.htm>, Accessed 5 July 2006.
11. Ministry of Health and Ministry Responsible for Seniors. Health goals for British Columbia. Victoria (BC): Ministry of Health and Ministry Responsible for Seniors, 1997.
12. Ministry of Health and Ministry Responsible for Seniors. Strategic directions for British Columbia’s health services system 1999–2002. Victoria (BC), 1999.



13. Calgary Health Region. Leading the way. Calgary, 2006.
14. Canadian Policy Research Networks and Ascentum. Trends in Public Consultation in Canada. A paper prepared for the Parliamentary Centre and the Research Office of the National People's Congress and Provincial People's Congresses of the People's Republic of China. Ottawa: Canadian Policy Research Networks and Ascentum, 2005. Available from <http://www.parlcent.ca/asia/Docs/CPRN%20paper.pdf>.
15. Alberta Health and Wellness. Health capital planning manual. Available from http://www.health.gov.ab.ca/regions/Health_Capital_Planning_Manual.pdf, Accessed 29 July 2007.
16. Local Health Integration Networks. Introducing Local Health Integration Networks. Available from <http://www.lhins.on.ca/english/main/aboutLHINs.asp>, Accessed 3 August 2006.
17. Ministry of the Interior and Health. The local government reform – in brief. Copenhagen: Ministry of the Interior and Health, 2005. Available from http://www.im.dk/publikationer/government_reform_in_brief/index.htm, Accessed 2 August 2006.
18. Strandberg-Larsen M., Bernt Nielsen M., Vallgerda S., Krasnik A., Vrangbaek K. Denmark: Health system review. Health Systems in Transition. Forthcoming.
19. Department of Health. Health reform in England: update and next steps. London: Department of Health, 2005.
20. Department of Health. National standards, local action. Health and social care standards and planning framework 2005/06 – 2007/08. London: Department of Health, 2004.
21. Department of Health. Improvement, expansion and reform: the next 3 years priorities and planning framework 2003–2006. London: Department of Health, 2002.
22. Department of Health. Autumn performance report 2004. London: Stationery Office, 2004.
23. HM Treasury. 2004 Spending Review. London: HM Treasury, 2004. Available from http://www.hm-treasury.gov.uk/spending_review/spend_sr04/psa/spend_sr04_psaindex.cfm, Accessed 19 July 2007.
24. Oonagh Gay (Parliament and Constitution Centre). Public service agreements. London: House of Commons, 2005. Available from <http://www.parliament.uk/commons/lib/research/notes/snpc-03826.pdf>, Accessed 19 July 2007.

25. Department of Health. The NHS plan: a plan for investment. A plan for reform. Presented to Parliament by the Secretary of State for Health. London: Department of Health, 2000.
26. Department of Health. Our health, our care, our say: a new direction for community services. London: Department of Health, 2006.
27. Department of Health. The NHS in England: the operating framework for 2007/08. London: Department of Health, 2006.
28. Healthcare Commission. About the Healthcare Commission. London: Commission for Healthcare Audit and Inspection, 2005.
29. European Observatory on Health Systems and Policies. England. Health system review. Health Systems in Transition. (Forthcoming).
30. Department of Health. Delegated limits for capital investment – revision to cover use of leases. Available from http://www.dh.gov.uk/en/Publicationsandstatistics/Lettersandcirculars/Dearcolleagueletters/DH_4127849, Accessed 25 April 2007.
31. NHS Executive. Public-private partnerships in the National Health Service: the Private Finance Initiative. Good practice, Section 1: the selection and preparation of schemes. Available from http://www.dh.gov.uk/en/Procurementandproposals/Publicprivatepartnership/Privatefinanceinitiative/PFIguidance/DH_4108133, Accessed 8 May 2007.
32. Department of Health. The strategic outline case (SOC). Guidance regarding 2004 prioritisation round. Available from http://www.dh.gov.uk/prod_consum_dh/idcplg?IdcService=GET_FILE&dID=5590&Rendition=Web, Accessed 23 August 2007.
33. NHS Executive. Public-private partnerships in the National Health Service: the Private Finance Initiative. Good practice. Section 2: the PFI procurement process. Available from http://www.dh.gov.uk/en/Procurementandproposals/Publicprivatepartnership/Privatefinanceinitiative/PFIguidance/DH_4108133, Accessed 8 May 2007.
34. Ministry of the Interior. Project to restructure municipalities and services. Memorandum, 9 May 2005. Available from [http://www.intermin.fi/intermin/hankkeet/paras/home.nsf/files/muistio_englanti/\\$file/muistio_englanti.pdf](http://www.intermin.fi/intermin/hankkeet/paras/home.nsf/files/muistio_englanti/$file/muistio_englanti.pdf), Accessed 2 August 2006.
35. Javelin J. and Pekurinen M. Project to restructure municipalities and services. Health Policy Monitor, 2006. Available from <http://www.hpm.org/survey/fi/a7/1>, Accessed 2 August 2006.



36. Ministry of Social Affairs and Health. Strategies for Social Protection 2015. Towards a socially and economically sustainable society. Helsinki: Ministry of Social Affairs and Health, 2006. Available from <http://www.stm.fi/Resource.phx/publishing/store/2006/06/hm1157626104009/passthru.pdf>, Accessed 5 March 2007.
37. Stenvall J., Syvajarvi A. Does knowledge exist? The state's information guidance on tasks to enhance community wellbeing (Onks tietoo? Valtion informatio-ohjauksen kuntien hyvinvointitehtävissä). Helsinki: Valtiovarainministerio, 2006.
38. National Research and Development Centre for Welfare and Health (STAKES). Hospital benchmarking. Available from <http://info.stakes.fi/benchmarking/EN/benchmarking.htm>, Accessed 2 August 2006.
39. Republique Francaise. Projet de loi de financement de la Securite sociale 2005. Available from <http://www.sante.gouv.fr/htm/dossiers/plfss/2005/annexe/annc.pdf>, Accessed 5 May 2006.
40. Agence Regionale de l'Hospitalisation d'Ile -de-France. Schema Regional de l'Organisation Sanitaire de Troisieme Generation 2006-2010. Paris: ARHIF, 2006. Available from [http://www.parhtage.sante.fr/re7/idf/site.nsf/\(WebPub\)/SROS_3](http://www.parhtage.sante.fr/re7/idf/site.nsf/(WebPub)/SROS_3), Accessed 5 May 2006.
41. Busse R., Riesberg A. Health care systems in transition: Germany. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies, 2004.
42. Statistisches Bundesamt. Grunddaten der Krankenhauser 2005. Wiesbaden: Statistisches Bundesamt, 2006. Available from: <https://www-ec.destatis.de/csp/shop/sfg/bpm.html.cms.cBroker.cls?cmspath=struktur,vollanzeige.csp&ID=1019676&CSPCHD=0001000100014306yII000553427881>, Accessed 27 July 2007.
43. Krankenhausgesetz des Landes Nordrhein-Westfalen - KHG NRW (1998). Доступно на: http://www.kommunale-gesundheitskonferenz.de/Grundlagen/Gesetzestexte/KHG_NRW.pdf, Accessed 27 July 2007.
44. Ministerium für Gesundheit, Soziales, Frauen und Familie des Landes Nordrhein-Westfalen. Gesundheitsbericht NRW. 10 Jahre Gesundheitsziele Nordrhein-Westfalen 1995-2005. Eine Bestandsaufnahme. Dusseldorf: MGSFF, 2005.
45. Deutsche Krankenhausgesellschaft. Bestandsaufnahme zur Krankenhausplanung und Investitionsfinanzierung in den Bundesländern. Berlin: DKG, 2006. Available from: <http://www.dkgev.de/dkgev.php/cat/59/title/Krankenhausplanung>, Accessed 5 July 2006.

46. Ministerium fur Frauen, Jugend, Familie und Gesundheit. Krankenhausplan 2001 des Landes Nordrhein-Westfalen. Dusseldorf: MFJFG, 2001.
47. France G., Taroni F., Donatini A. The Italian health-care system. *Health Economics* 2005;14:S187-S202.
48. Donatini A., Rico A., D'Ambrosio M.G. et al. Health care systems in transition: Italy. Copenhagen: European Observatory on Health Care Systems, 2001.
49. Donatini A. Purchasing – case study Italy. European Observatory on Health Systems and Policies. In: Figueras J, ed, (internal document).
50. den Exter A., Hermans H., Dosljak M., Busse R. Health care systems in transition: The Netherlands. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies, 2004.
51. Ministry of Health. The Primary Health Care Strategy Wellington: MoH, 2001. Available from <http://www.moh.govt.nz>, Accessed 24 July 2006.
52. French S., Old A., Healy J. Health care systems in transition: New Zealand. Copenhagen: European Observatory on Health Care Systems, 2001.
53. Coster G., Mays N., Cumming J., Scott C. The impact of health needs assessment and prioritisation on District Health Board planning in New Zealand. Unpublished manuscript, 2007.
54. Canterbury District Health Board. Canterbury Health Needs Assessment 2004. Christchurch: CDHB, 2004. Available from <http://www.cdhb.govt.nz>, Accessed 5 July 2006.
55. District Health Boards New Zealand and Ministry of Health. Service planning and new health intervention assessment. Framework for collaborative decision-making. Wellington: DHBNZ and MoH, 2006. Available from [http://www.moh.govt.nz/moh.nsf/0/059C8A39579C7B8BCC25710700746FC2/\\$File/serviceplanning.pdf](http://www.moh.govt.nz/moh.nsf/0/059C8A39579C7B8BCC25710700746FC2/$File/serviceplanning.pdf), Accessed 5 July 2006.
56. Ministry of Health. Guidelines for capital investment. Wellington: MoH, 2003. Available from <http://www.moh.govt.nz>, Accessed 5 July 2006.



Оглавление

Планирование оказания медицинской помощи: обзор международного опыта	3
Введение.....	3
Планы по оказанию медицинской помощи и типы планирования	5
Сферы и секторы планирования	7
Планирование потенциала больниц	7
Планирование капиталовложений.....	8
Совершенствование планирования оказания медицинской помощи	9
Канада.....	11
Дания.....	19
Англия.....	23
Финляндия	30
Франция.....	35
Германия.....	39
Италия.....	45
Нидерланды	48
Новая Зеландия	52
Литература.....	57



Европейская обсерватория по системам и политике здравоохранения публикует многочисленные аналитические исследования по системам здравоохранения.

В планах выпуска:

Обзоры из серии «Системы здравоохранения: время перемен». Содержат всесторонний анализ систем здравоохранения европейских стран и ряда стран ОЭСР за пределами Европы и проводимых либо готовящихся реформ.

Обзоры можно загрузить с сайта: www.euro.who.int/observatory

Серия публикаций, являющаяся совместным изданием Обсерватории, издательства «Open University Press» и издательской корпорации «McGraw Hill». Ряд авторитетных публикаций, исследующих ключевые вопросы, касающиеся систем здравоохранения в Европе.

Среди заголовков серии: Психиатрическая помощь в Европе: принципы и практическая деятельность Децентрализация медицинского обслуживания Первая помощь водителю за рулем Трудовые ресурсы здравоохранения в Европе Материально-техническое снабжение и повышение эффективности систем здравоохранения Системы социального медицинского страхования в Западной Европе Регулирование фармацевтического сектора в Европе.

Книги можно заказать по адресу: www.mcgraw-hill.co.uk

Отдельные исследования. Ряд работ, в которых представлены научно обоснованные сведения по важнейшим аспектам здоровья и здравоохранения. В числе последних выпусков: Передвижение пациентов внутри ЕС Частное медицинское страхование в Соединенном Королевстве Кадровые вопросы здравоохранения в Европе Принятие решений в общественном здравоохранении Системы здравоохранения – время перемен; практический опыт.

Книги можно загрузить с сайта: www.euro.who.int/observatory

Основы политики. Серия кратких брошюр, освещающих ключевые вопросы важнейших направлений европейской политики здравоохранения, таких как медицинская помощь за пределами стран проживания, массовые обследования населения, оценка медицинских технологий, амбулаторная медицинская помощь.

Рефераты можно загрузить с сайта: www.euro.who.int/observatory

Журнал *Eurohealth*, совместное издание Обсерватории и Лондонской школы экономических и политических наук, посвященное проблемам здоровья и предоставляющее ученым и политикам возможность выразить свои взгляды на европейскую политику в области здравоохранения.

Euro Observer, ежеквартальный бюллетень, посвященный политике в области здравоохранения. Публикует информацию по важнейшим вопросам политики в области здравоохранения и реформам здравоохранения в Европе.

***** Станьте подписчиком электронного бюллетеня *****

Если Вы хотите, чтобы мы включили Вас в список рассылки Европейской Обсерватории для получения информационных электронных бюллетеней, касающихся систем здравоохранения, электронных версий наших последних публикаций, грядущих конференций и т. д., то, пожалуйста, отошлите пустое сообщение по адресу: subscribe-observatory_listserve@list.euro.who.int



Европейская обсерватория по системам и политике

здравоохранения поддерживает

и пропагандирует разработку научно обоснованной политики здравоохранения путем всеобъемлющего и тщательного анализа систем здравоохранения в Европе. Под эгидой Европейской обсерватории по системам и политике здравоохранения ученые, политики и другие специалисты анализируют направления реформ в области здравоохранения на основе европейских данных, чтобы всесторонне осветить политические вопросы в этой сфере.

Европейская обсерватория по системам и политике здравоохранения представляет собой партнерство между Европейским региональным бюро ВОЗ, правительствами Бельгии, Греции, Испании, Норвегии, Словении, Финляндии, Швеции, итальянским регионом Венето, Европейским инвестиционным банком, Институтом «Открытое общество», Всемирным банком, Лондонской школой экономических и политических наук и Лондонской школой гигиены и тропической медицины.

Получить дополнительную информацию о работе Европейской обсерватории в области мониторинга стран и анализа политики, а также ознакомиться с публикациями (в том числе основами политик) можно на сайте: www.euro.who.int/observatory

Европейский центр ВОЗ
по политике здравоохранения
Rue de l'Autonomie 4
B - 1070 Брюссель
Бельгия
Запросы относительно публикаций
следует направлять по адресу:
Publications
WHO Regional Office for Europe
Scherfigsvej 8
DK-2100 Copenhagen Ø
Denmark
запросы относительно копий
публикаций:
publicationrequests@euro.who.int
запросы разрешений на
перепечатку:
permissions@euro.who.int
запросы разрешений на перевод:
pubrights@euro.who.int



ЕВРОПА



Европейская обсерватория по системам и политике здравоохранения представляет собой партнерство между Европейским региональным бюро ВОЗ, правительствами Бельгии, Греции, Испании, Норвегии, Словении, Финляндии, Швеции, итальянским регионом Венето, Европейским инвестиционным банком, Институтом «Открытое общество», Всемирным банком, Лондонской школой экономической и политических наук и Лондонской школой гигиены и тропической медицины.

Документ «Основы политики» предназначен для руководителей здравоохранения и для всех, кто интересуется вопросами планирования оказания медицинской помощи.